L'ODONTOLOGIE

29e année. Vol. XLII

N° 13. 15 JUILLET 1909.

PF 92

L'ODONTOLOGIE

PARAISSANT LE 15 ET LE 30 DE CHAQUE MOIS

ORGANE DU GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
(ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE, ÉCOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS, SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS)

Dirigée de 1881 à 1896 par Paul Dubois

DIRECTEUR : CH. GODON,
Président-directeur de l'École dentaire de Paris.

RÉDACTEUR EN CHEF : MAURICE ROY,
Professeur à l'École dentaire de Paris, Dentiste des hôpitaux.

Secrétaire de la Rédaction :
HENRI DREYFUS,
Chef de Clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

Administrateur-Gérant :
V. E. MIÉGEVILLE,
Chef de clinique à l'École dentaire de Paris.

29e année. — 2e SEMESTRE 1909 — Vol. XLII.

Comité de Rédaction et d'Administration :

BLATTER, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.
J. D'ARGENT, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.
FREY, prof. à l'Ecole dentaire de Paris, dentiste des hôpitaux.
FRANCIS JEAN, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.
L. LEMERLE, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.
TOUCHARD, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.
G. VIAU, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.
G. VILLAIN, prof. suppléant à l'Ecole dentaire de Paris

Principaux Collaborateurs :

Paris :

J.-A. Barrié, Choquet, I.-D. Davenport, Delair, Me Ducuing, Heïdé, Georges Lemerle, Loup, H. Masson, Mendel-Joseph, Michaëls, Pailliottin, Georges Robin, Ronnet, Sauvez, Touvet-Fanton, Vanel.

Bordeaux : M. Cavalié. *Lyon :* Cl. Martin, Pont, J. Tellier, Vichot. *Le Mans :* Monnin.
Allemagne : Walkhoff (Munich). — *Angleterre :* Cunningham (Cambridge), Paterson (Londres).
Autriche : Weiser. — *Belgique :* Messian (Anvers), Quintin (Bruxelles). — *Brésil :* Chapot-Prévost.
Canada : Eudore Dubeau (Montréal). — *Espagne :* F. Aguilar (Madrid), Damians (Barcelone), Losada (Madrid). — *Etats-Unis d'Amérique :* Brophy (Chicago), Kirk (Philadelphie), Ottofy (Manille), Wallace-Walker (New-York). — *Hollande :* Grevers (Amsterdam).
Norvège : Smith-Housken. — *République-Argentine :* Etchepareborda (Buenos-Ayres).
Suède : E. Förberg (Stockholm). — *Suisse :* P. Guye, Thioly-Regard (Genève).

RÉDACTION ET ADMINISTRATION
A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE
PARIS-IXe

Téléphone 223.04

ABONNEMENT :

FRANCE............ 10 fr. | UNION POSTALE...... 12 fr.

Le Numéro : 1 franc.

29e ANNÉE. N° 13 15 JUILLET 1909 VOL. XLII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

ATRÉSIE CICATRICIELLE DU PHARYNX AVEC PROTHÈSE IMMÉDIATE

Par M. C. J. KŒNIG, de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie, 24 mai 1909.)

La petite fille que je vais vous présenter était atteinte d'une obstruction nasale complète d'origine traumatique, opératoire probablement, car aucune autre cause pathologique n'a pu être déterminée. Elle avait en effet subi l'opération des végétations adénoïdes et des amygdales il y a quatre et deux ans respectivement, et depuis n'a pu faire passer de l'air par son nez ni dans un sens ni dans l'autre, et par conséquent ne pouvait pas se moucher. Cette enfant qui me fut amenée par le Dr Julien Gagey, a huit ans et demi ; elle était chétive et peu développée. Avant l'opération que je lui ai faite, elle dormait mal, était très nerveuse, et, au moindre exercice, se couvrait de transpiration, parfois elle entendait mal. L'examen de sa gorge montrait une cicatrice épaisse médiane de son pharynx buccal, de trois à quatre centimètres de long, allant de son voile du palais jusqu'au niveau de la base de sa langue ou du bord supérieur de son épiglotte. Toute la paroi postérieure de son pharynx buccal était cicatricielle, et les parois latérales de celui-ci étaient attirées vers la ligne médiane en forme d'angle dièdre ouvert en avant, les piliers postérieurs étant accolés. Le bord du palais mou, à droite et à gauche, était compris dans la cicatrice du pharynx, la luette était normale, et, entre elle et la cicatrice, à droite, existait une ouverture virtuelle communiquant avec le pharynx nasal et permettant le passage d'une sonde de sept millimètres de diamètre, que l'on pouvait facilement promener à droite et à gauche dans le pharynx nasal qui paraissait de dimensions normales. Je dis que l'ouverture qui existait était virtuelle, car il fut impossible à l'enfant d'y faire passer de l'air, le voile formant clapet se fermant dans lès deux sens. (Voir l'article suivant de M. Delair sur le même sujet.)

L'opération de Hajek, qui consiste en une incision transversale de la soudure palato-pharyngienne suivie de dilatation intermittente au moyen de son dilatateur, ne me parut pas devoir donner dans le cas actuel un résultat suffisant, car le plan de la cicatrice était à cinq ou six millimètres en avant du plan qu'occupe normalement la paroi pharyngienne postérieure, et je craignais, par conséquent, qu'en laissant le tissu cicatriciel en place, lorsque la plaie opératoire serait guérie, le voile ne vint former clapet dans les deux sens, comme avant. Le procédé de Hajek était cependant le seul que je pus trouver décrit dans les traités spéciaux. Je me décidai de tenter une opération beaucoup plus étendue, et le 3 avril dernier, au moyen de l'anesthésie locale à la cocaïne en badigeonnages et à la novocaïne en injections, je fis une incision médiane allant tout le long et dans toute l'épaisseur de la cicatrice. Ensuite, avec deux serpettes coudées et pointues, droite et gauche, introduites par l'ouverture virtuelle, je fis deux lambeaux latéraux, faisant passer mes incisions derrière ce qui constituait auparavant la région des piliers postérieurs et des amygdales. J'incisai latéralement et inférieurement aussi loin que possible afin de reconstituer complètement le pharynx, refaisant en réalité un pharynx artificiel. Le tissu cicatriciel était excessivement dur, et ce temps de l'opération fut assez difficile ; l'enfant avala pas mal de sang qui fut vomi vers la fin de l'opération, mais le résultat fut très encourageant, car la respiration par le nez dans les deux sens fut rétablie immédiatement, et l'inspection montra la gorge tout à fait normale dans ses dimensions, ses contours et son apparence générale. Il resta beaucoup de tissu cicatriciel sur les lambeaux et la paroi pharyngienne postérieure que j'enlevai avec la pince de Hartmann.

C'est alors qu'est intervenu le professeur Delair dont le nom m'avait été donné par mes excellents confrères Lermoyez et Cartaz. J'avais prié M. Delair de voir l'enfant avec moi pour déterminer s'il était possible de faire une prothèse se fixant sur les dents et sur laquelle on pût adapter des dilatateurs allant au fond de la gorge pour maintenir les lambeaux et le voile écartés de la paroi pharyngienne postérieure assez longtemps pour permettre leur cicatrisation sans accolement. Quoique n'ayant jamais vu un cas semblable, ni fait un appareil dans ce but, il m'assura que la chose était possible et que l'enfant devrait pouvoir supporter cette prothèse aussi bien que les enfants et même les adultes supportent les voiles du palais artificiels en caoutchouc mou, dont il est l'inventeur.

Le professeur Delair fit donc un appareil extrêmement ingénieux et l'introduisit dans la bouche et la gorge immédiatement après l'opération. Voici la description qu'il m'en a donnée :

« Les piliers du voile du palais ainsi que le voile accom-
» plissent simultanément ou alternativement, pendant la
» phonation et la déglutition, trois mouvements bien défi-
» nis. Il a fallu combiner et exécuter un appareil fonction-
» nant automatiquement et imitant parfaitement l'action
» du voile et de ses piliers, sans que l'action et l'effet des
» dilatateurs soient atténués ou amplifiés. Ces mouvements
» sont :

» 1° Ecartement et rapprochement maximum des piliers
» l'un de l'autre ;

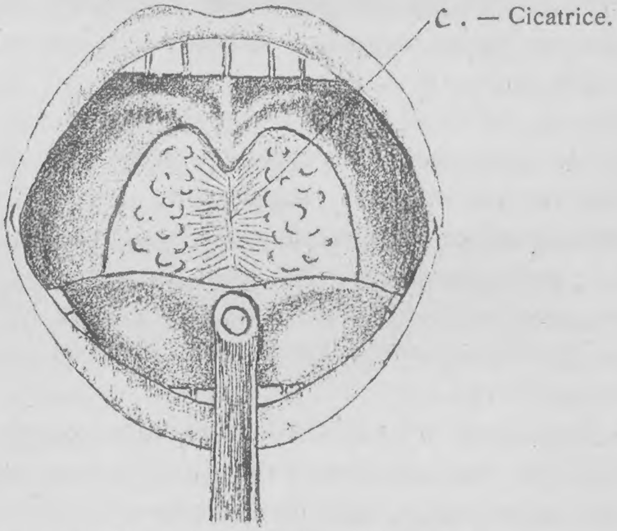
» 2° Elévation et abaissement du voile du palais ;

» 3° Mouvement antéro-postérieur, et inversement, du
» voile et des piliers au moment de la déglutition.

» L'appareil se compose :

» 1° D'une plaque base en platine s'adaptant à la voûte » palatine et maintenue par des demi-coffres en or entou» rant les dents ;

» 2° D'un minuscule chariot plat en or mobile sur deux » glissières latérales. Ce chariot se déplace d'avant en » arrière et inversement. Il est actionné par une petite » rondelle de caoutchouc qui le réunit à la plaque base. » Une vis d'arrêt et de sûreté le traversant et se logeant » dans une gouttière ménagée dans la plaque base empê» che la disjonction des pièces dans le cas où le caoutchouc » d'attirance viendrait à casser. Une charnière termine le » chariot ;



Dessin schématique de la symphyse vélo-palatine.

» 3° D'une plaquette en or fixée sur le tube central de la » charnière et réunie au chariot par une autre rondelle de » caoutchouc faisant ressort et l'attirant de bas en haut, » pendant l'action du voile, ainsi que les dilatateurs fixés » sur elle ;

» 4° Les dilatateurs sont formés de deux barrettes hori» zontales en or, soudées sur deux charnières jumelées et » contournant la luette. Elles ont environ vingt millimètres

» de longueur et sont solidement retenues par deux vis en » or qui leur servent de pivot. A leur extrémité sont vissés » verticalement les deux dilatateurs en aluminium qui ont » quatre millimètres d'épaisseur, sept millimètres de lar» geur et trente millimètres de longueur. Les barrettes sont » réunies à la plaquette mobile d'attirance, chacune par » une rondelle en caoutchouc qui, en se raccourcissant, les » éloigne l'une de l'autre.

» Ainsi, sitôt placés en arrière des piliers et du voile » dans le pharynx artificiel créé par le chirurgien, les » dilatateurs attirent le voile en avant, maintiennent écar» tées les parois du pharynx et s'opposent à la contraction » cicatricielle secondaire[1]. »

Aussitôt l'appareil placé, l'enfant fut ramenée chez elle et se gargarisa toutes les heures avec une solution de bromure de sodium et prit pendant quelques jours *intus* une potion du même sel. Comme vous le verrez, elle respire très bien par le nez. L'appareil que vous pourrez voir en place sera retiré par le professeur Delair qui vous en expliquera le mécanisme et le fonctionnement. Vous en admirerez la légèreté et l'ingéniosité pour lesquelles nous devons féliciter le professeur Delair le plus vivement, car nous croyons que c'est la première fois qu'un appareil prothétique vraiment pratique et mobile dans tous les sens a été appliqué au fond de la gorge pour un cas de symphyse. Nous n'en trouvons pas mention, en tous cas, dans aucun traité spécial de rhino-laryngologie.

Je dois vous dire que je vis l'enfant le soir même de l'opération ; je la trouvai en train de jouer dans son lit avec sa poupée, et j'appris, tout à fait contrairement à mon attente, qu'elle n'avait eu de toute la journée aucune douleur, qu'elle n'avait eu ni nausées, ni vomissements, et que le lait qu'elle buvait ne refluait pas par son nez, toutes choses qui ne peuvent que paraître excessivement paradoxales.

Nous croyons l'enfant actuellement guérie, mais par surcroît de prudence nous lui laisserons porter l'appareil encore pendant quelques semaines. Depuis déjà quelques semaines, il est enlevé pendant les repas, et bientôt il sera enlevé pendant une bonne partie de la journée.

---

[1] V. à l'article suivant la description et les dessins de l'appareil.

Inutile de dire que cette opération et cet appareil trouveront leur application dans toutes les symphyses palato-pharyngiennes quelle qu'en soit leur origine, syphilitique, diphtéritique, scarlatineuse, lupique, etc.

Cette méthode a plusieurs avantages sur celle employée jusqu'à présent. D'abord la dilatation continue et douce est préférable à la dilatation intermittente et violente, la guérison devant être obtenue mieux et bien plus rapidement. Il est évident qu'un appareil léger et mobile dans tous les sens, comme celui de M. Delair, ne produira pas de frottement et par conséquent d'irritation pendant les mouvements des piliers et du pharynx qui accompagnent les actes physiologiques de la phonation et de la déglutition. Il est, à mon sens, inutile, pour dilater un passage ou un canal atrésié, d'avoir recours à un appareil cylindrique ayant contact avec toute la circonférence de ce canal. Deux points d'appui sont suffisants et préférables, pourvu qu'ils puissent maintenir les surfaces écartées. Moins il y aura d'irritation, moins grande sera la production de tissu cicatriciel secondaire. C'est là je crois que réside la solution du problème. Un autre avantage de cette méthode est que le malade peut retirer et remettre l'appareil lui-même, afin de le nettoyer après les repas, et il évite ainsi de courir pendant de longs mois chez le médecin pour faire dilater l'ouverture obtenue, ce qui est douloureux et occasionne une grande dépense de temps et d'argent, pour ne donner qu'au bout de 6 ou 8 mois une guérison souvent partielle, et même plus souvent encore, tout à fait nulle.

Enfin, je vous dirai que ce cas démontre la possibilité de tolérer d'emblée une prothèse permanente au fond de la gorge, ce qui pour la chirurgie de l'isthme du gosier peut avoir des conséquences importantes. Dans le cas actuel, la tolérance fut immédiate et complète. Aussi la santé générale de l'enfant s'est déjà ressentie favorablement de l'opération. Les nuits sont calmes, la nervosité a disparu par suite d'un bon sommeil réparateur, les transpirations au moindre effort ont disparu complètement et le thorax, par suite des exercices respiratoires, que lui fait faire le docteur J. Gagey, a déjà gagné 4 centimètres 1/2 d'ampliation. Vous n'ignorez pas l'importance de la respiration nasale au point de vue du développement des mâchoires, du squelette facial et de la cage thoracique. Cette enfant allait donc, à plus ou moins brève échéance, au-devant d'une catastrophe dans sa santé générale et son esthétique. Ne pouvant pas se moucher en cas de rhume de cerveau, elle courait des risques au point de vue de l'infection rhinogène de ses sinus ; de plus, le fonctionnement normal des muscles staphylins est tout à fait nécessaire à l'aération de la caisse du tympan, car c'est le tenseur du voile qui est le muscle dilatateur de la trompe d'Eustache.

Il me reste, messieurs, à vous remercier de l'honneur que vous m'avez fait en me demandant de vous montrer ce cas intéressant. J'ai répondu avec d'autant plus d'empressement à votre appel, que ce cas démontre admirablement les liens qui unissent nos spécialités et combien il est nécessaire que nous nous connaissions pour pouvoir combiner nos forces pour le bien des malades.

PRÉSENTATION D'UN ENFANT PORTEUR D'UN DILATATEUR DU PHARYNX NASAL, SYSTÈME DELAIR, CONTRE LA SYMPHYSE PALATO-PHARYNGIENNE

Par M. L. Delair,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie, 24 mai 1909.)

En mars dernier je recevais la visite de M. Kœnig qui venait, sur le conseil de quelques-uns de ses collègues de la Société de laryngologie, me soumettre le cas de la fillette qui vous est présentée. Il me demandait s'il serait possible de lui appliquer une prothèse immédiate après l'opération qu'il avait conçue et qu'il se proposait de faire.

Après deux jours de réflexion et de combinaisons, et aussi après l'examen attentif de la bouche de l'enfant, je déclarai qu'en principe la prothèse, complément indispensable de l'opération projetée, était praticable.

Restait à passer à l'exécution, qui présentait de sérieuses difficultés.

Il fallait, en effet, introduire et maintenir à demeure pendant une période d'une dizaine de jours un appareil qui, placé aseptiquement, ne pût devenir, pendant son séjour dans le pharynx nasal, créé artificiellement par le bistouri de l'habile chirurgien, devenir, dis-je, par sa pénétration, par les mucosités et fermentations buccales un foyer septique.

En effet le voile et les piliers, jusqu'alors immobiles, devaient aussitôt après leur libération être assez fortement attirés du côté de la bouche afin d'assurer leur séparation absolue d'avec la paroi postérieure du pharynx buccal ; de plus, l'appareil devait être combiné de telle sorte que pendant l'action des muscles staphylins et des piliers l'appareil pût suivre tous les mouvements de ceux-ci sans les gêner dans leur action physiologique.

En un mot l'appareil devait, sitôt son application, suivre automatiquement, mathématiquement, méthodiquement les

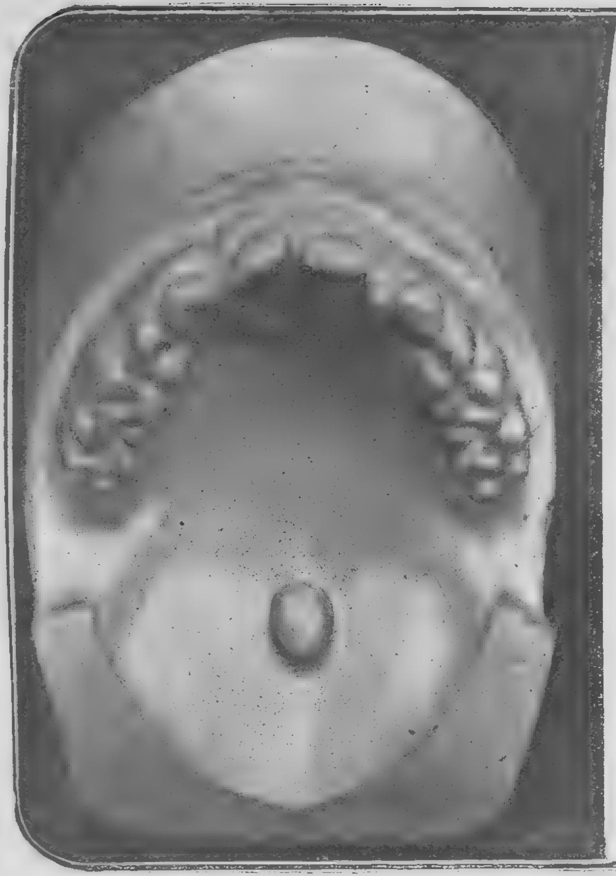


Fig. 1. — Moulage de la bouche et du pharynx avant l'opération.

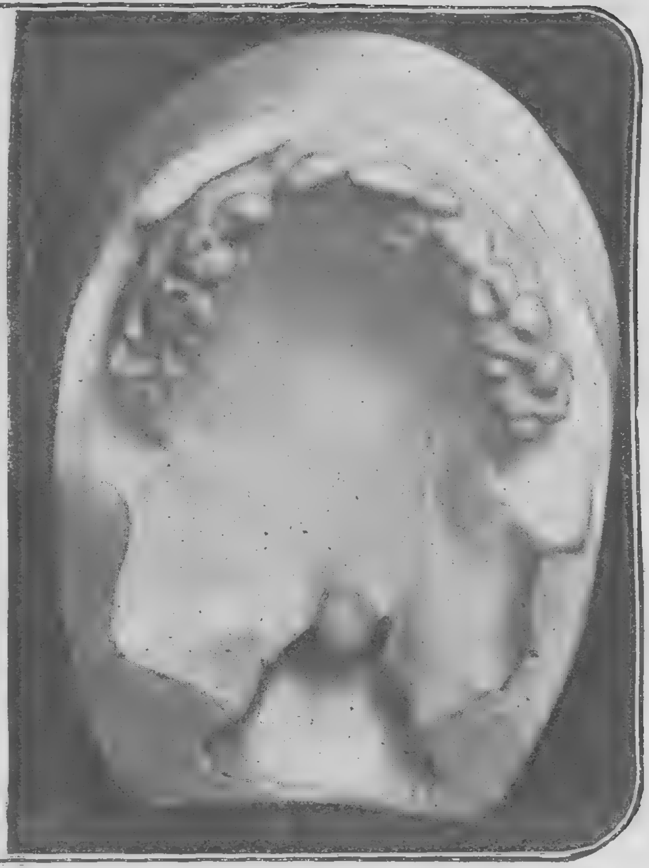


Fig. 2. — Moulage de la bouche et du pharynx après l'opération.

muscles sur lesquels il était en contact, devenir un mécanisme : 1° d'attirance du voile dans le sens postéro-antérieur ; 2° d'écartement des piliers, taillés dans le tissu fibreux, en les éloignant l'un de l'autre ; 3° d'élévation et d'abaissement du voile pendant tous les mouvements simultanés ou alternatifs nécessités par la déglutition et la phonation.

De plus, l'appareil devait pouvoir se retirer au besoin et surtout ne pas risquer de se détacher pendant le sommeil.

Voici l'appareil que je décidai de faire ;

1° D'abord un appareil palatin en alliage dentaire et solidement maintenu par des crochets en or platiné sur les dents. Il recouvre la voûte palatine depuis le trou incisif jusqu'à la portion aponévrotique ;

2° Au milieu de cette pièce une sorte de chariot en or formé de deux pièces articulées par le milieu ;

3° A l'extrémité de ce chariot deux branches mobiles latérales et horizontales épousant la concavité du voile et contournant la luette pour éviter tout traumatisme de celle-ci ;

4° Enfin deux ailettes verticales en aluminium vissées sur les branches précédentes, destinées à être introduites en arrière et au-dessus des piliers et du voile libérés.

L'empreinte de la bouche, y compris le voile et la luette, fut prise au plâtre, elle fut assez facilement obtenue malgré sa profondeur, aucune parcelle de plâtre ne pouvant dans ce cas particulier pénétrer dans le cavum nasal (fig. 1).

Je passerai sous silence mes nombreux essais et vous dirai seulement que ce n'est qu'au bout de dix jours que l'appareil fut mis au point.

Je fis d'abord la plaque avec la plate-forme et les coulisses latérales fixes, destinées à guider le chariot dans ses mouvements d'attirance d'arrière en avant. Opération délicate de réglage s'il en fut. Un crochet d'attirance du chariot fut soudé à la partie antérieure et médiane (fig. 3 et 7).

Puis je passai à l'exécution du chariot mobile et articulé.

Ce sont deux plaquettes d'or mince réunies par une charnière (fig. 5 *b*). Elles sont munies en dessous de deux crochets à courbure opposée, de façon à permettre l'accrochage et la rétention d'un anneau à redressements accomplissant le rôle de ressort.

A chaque extrémité sont soudés deux petits crochets un à droite, l'autre à gauche, recourbés en sens contraire pour relier le chariot d'une part à la pièce palatine, d'autre part, c'est-à-dire en arrière, aux deux branches des dilatateurs.

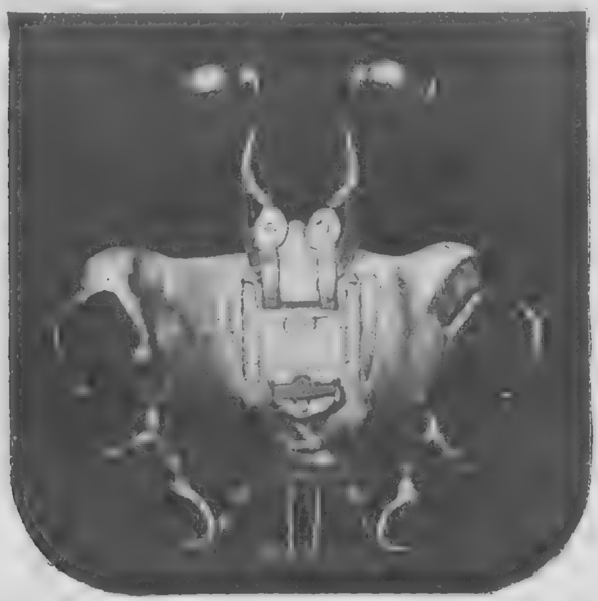


Fig. 3. — L'appareil vu par sa partie inférieure avec le chariot et les dilatateurs.

Les deux branches sont formées de deux barrettes d'or de la grosseur d'une petite allumette bougie (fig. 5 *c*), à leur bout antérieur sont soudées deux rondelles en or, superposées, et faisant charnière plate, à leur bout postérieur sont soudés à angle droit, deux tronçons de vis de 2 $^{m}/^{m}$ 1/2 de grosseur sur 6 $^{m}/^{m}$ de longueur.

C'est sur ces deux tronçons taraudés que sont vissées, par leur milieu, les ailettes en aluminium dites dilatateurs (fig. 5 *d*), ce métal ayant été adopté pour plus de légèreté. Ils ont 4 $^{m}/^{m}$ d'épaisseur, 35 $^{m}/^{m}$ de longueur, 6 $^{m}/^{m}$ de largeur.

A ce sujet je dirai pourtant qu'à l'avenir il serait préférable de les exécuter en or mince et creux. Ces dilatateurs ont dû être changés au bout de vingt jours, leur surface s'étant corrodée promptement.

Les ailettes dilatatrices en place sont, par rapport à la plaque palatine, fixées à 45 degrés, de façon à ce que leur moitié supérieure passe par-dessus et en arrière du voile, et leur moitié inférieure en arrière des piliers.

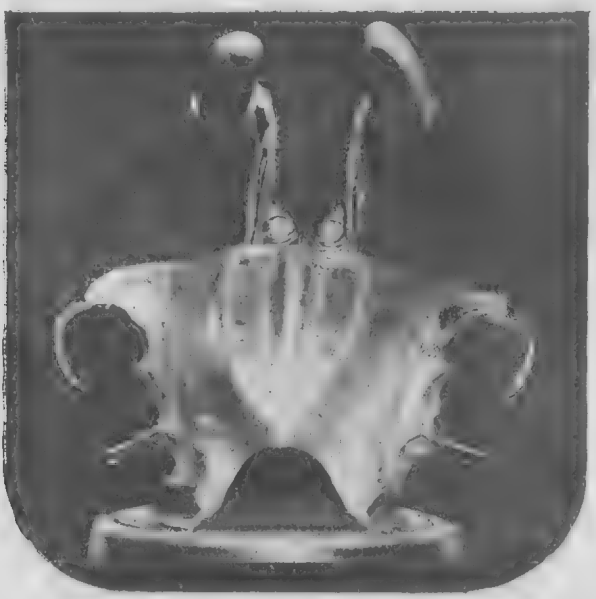


Fig. 4. — L'appareil vu par sa face supérieure avec le relief formé par la gouttière longitudinale dans laquelle glisse la vis de sûreté.

Deux vis à tête large et aplatie et faisant pivot traversent et réunissent la partie postérieure du chariot à la partie antérieure des branches des dilatateurs, sur le côté de chacun desquels est soudé un petit crochet en or (fig. 5 *a* et *b*).

Le chariot, après son introduction dans les glissières de l'appareil palatin de rétention, est donc actionné par le ressort en caoutchouc antérieur ; puis les dilatateurs sont, après leur vissage sur le chariot, attirés par deux anneaux de caoutchouc à redressements adaptés aux crochets latéraux du chariot et des branches des dilatateurs.

Pendant l'action, le chariot va et vient d'arrière en avant, il se plie par le milieu et s'élève de bas en haut, entraînant avec lui les dilatateurs que la pression seule des muscles du voile suffit à abaisser (fig. 7).

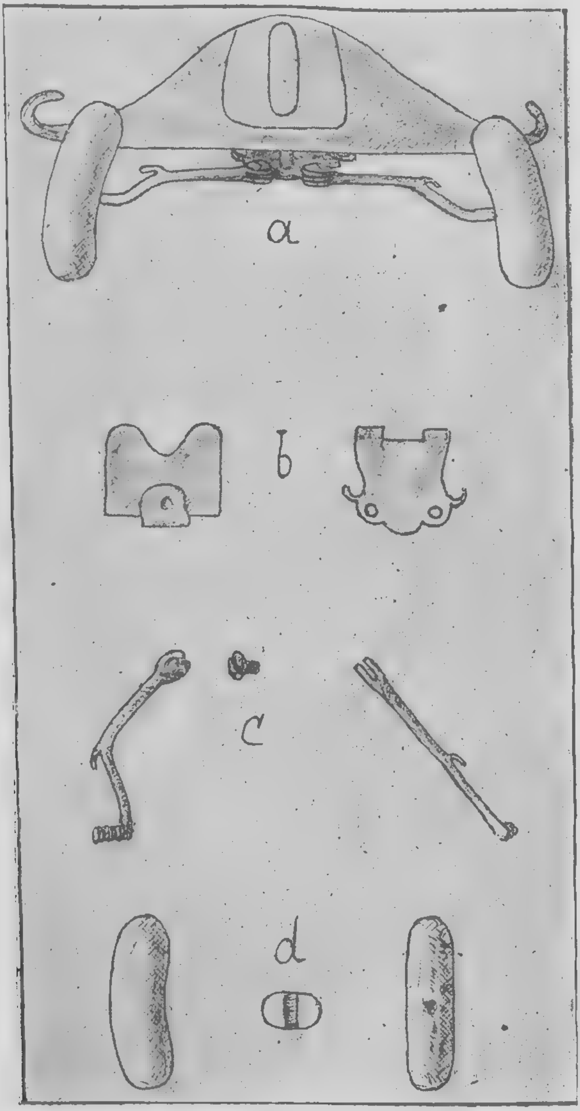


Fig. 5. — Détails de l'appareil.

Ainsi, immuablement interposés dans les deux sillons taillés latéralement et verticalement dans les muscles par le chirurgien, les deux ailettes empêchent tout contact entre les surfaces avivées. Elles ont pour but d'agrandir progressivement et d'une façon lente mais continue l'espace obtenu grâce au bistouri.

Presque satisfait de mon œuvre lorsqu'enfin je fis manœuvrer ce petit mécanisme qui me semblait parfait, je m'aperçus avec stupeur que j'avais oublié le principal !

Il suffisait en effet que, pendant la mastication ou la déglutition, le caoutchouc antérieur actionnant le chariot vînt à casser pour que toute la partie postérieure de l'appareil fût avalée par l'enfant.

Il me fallut recommencer la pièce palatine, et lui ménager une gouttière longitudinale, ayant pour but de permettre le va-et-vient d'une vis de sûreté et d'arrêt que j'ajoutai en arrière de la charnière du chariot (fig. 4).

Bien m'en prit ! En effet, le dix-septième jour après la pose de l'appareil le caoutchouc cassa, mais les deux pièces ne se séparèrent pas, il suffit alors de retirer l'appareil et de remplacer le caoutchouc ; en prothèse restauratrice il faut penser à tout !

La délicate opération de M. Kœnig terminée, la fillette s'étant mise à respirer largement par son pharynx obtenu artificiellement, il restait à placer l'appareil.

Ce fut chose des plus faciles.

Deux jours auparavant, imitant en cela ce que je fais habituellement pour l'accoutumance de mes voiles à clapet, j'avais eu la sage pensée de placer d'abord la pièce palatine sans, bien entendu, les branches des dilatateurs.

Je recevais par hasard la visite de M. Roy, ici présent, et c'est devant lui qu'eût lieu cette adaptation : L'enfant eut quelques réflexes, mais partit avec la pièce qui fut portée ainsi jusqu'au moment de l'opération.

Je fis remarquer à M. Roy combien la respiration était pénible à entendre et combien le faciès de cet enfant, le cou toujours tendu en avant, faisait peine à voir. Sa respiration était un râle, que la mère attentive surveillait chaque nuit avec inquiétude. Je lui fis aussi part de mon étonnement de ne pas voir les palatins atrésiés. Déjà

M. Kœnig ainsi que MM. Lubet-Barbon, Lermoyez, Mahu, Cartaz et Castex l'avaient remarqué à la Société de laryngologie.

Le 3 avril j'assistai à l'opération de M. Kœnig et je plaçai l'appareil, aussitôt le pharynx artificiel obtenu ; j'eus la bonne chance d'avoir combiné et exécuté toutes mes mesures, mes courbes, mes articulations, mes ressorts de telle sorte que d'emblée, sans aucune retouche, l'appareil fut laissé en place d'où il ne devait être retiré par moi que huit jours après.

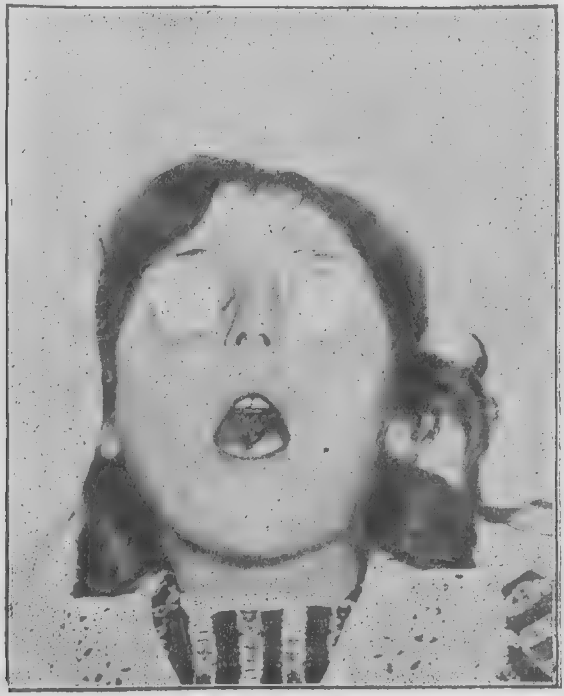


Fig. 6. — Photographie de l'appareil en place.

L'enfant l'a toléré sans douleur et sans gêne pour manger, parler, dormir.

Elle a pris l'habitude de le mettre et de l'ôter elle-même pour le nettoyer et le faire bouillir. Depuis quinze jours M. Kœnig ne le lui fait plus porter qu'entre les repas, par précaution.

A l'examen il ne semble pas que son pharynx soit, en somme, artificiel (fig. 2).

Le thorax de l'enfant s'est élargi de plus de quatre centimètres. Elle dort la bouche fermée et sans bruit.

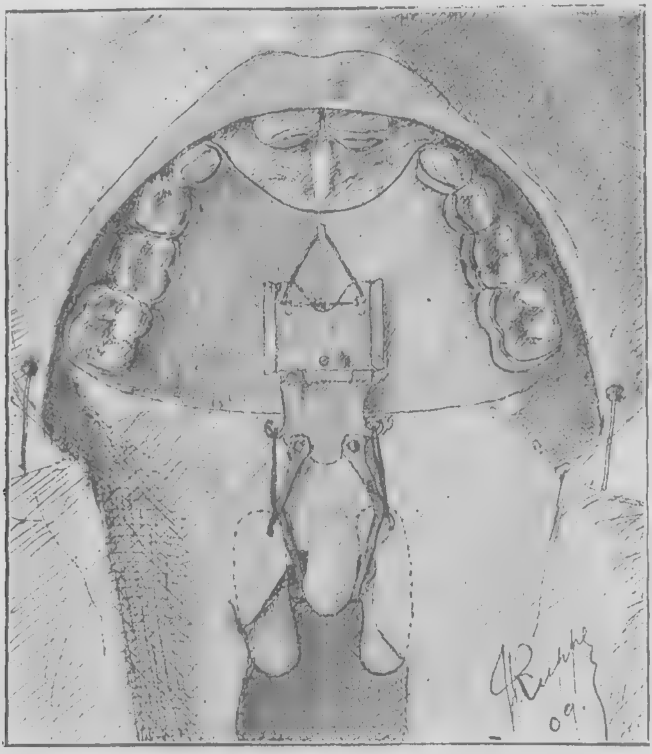


Fig. 7. — Dessin montrant les détails de l'appareil en place.

Je remercie les parents de notre petite cliente d'avoir bien voulu la soumettre à votre examen malgré la fatigue qu'elle en éprouvera.

Ce cas est extraordinaire et il ne semble pas *a priori* que le dentiste puisse avoir des occasions d'imiter l'appareil que j'ai imaginé et que je suis heureux de donner à la profession. Mais si nous y réfléchissons comme l'ont fait les éminents membres de la Société de laryngologie qui ont vu l'enfant avant et après notre intervention, nous reconnaîtrons que souvent le chirurgien-dentiste pourrait l'utiliser.

En effet nombreux sont ceux qui, à la suite d'accidents syphilitiques ou autres, comme vous le disait M. Kœnig, souffrent d'une adhérence, plus ou moins étendue du voile du palais et des piliers, au pharynx.

Il est dès à présent prouvé qu'un corps étranger peut être facilement toléré dans le pharynx nasal. Le dentiste pourra donc collaborer à l'œuvre de soulagement qui incombe au médecin dans le cas de symphyse du pharynx en utilisant la prothèse.

Malgré la thérapeutique moderne, les accidents tertiaires provoquent souvent ces adhérences, et c'est à vous désormais, mes chers confrères, que le chirurgien s'adressera pour l'aider à y remédier.

J'ai vu souvent de ces cas auxquels je pensais qu'il n'y avait rien à faire. MM. Jacquet et Danlos m'en avaient vainement confié jusqu'ici.

D'autre part nombreux sont les militaires qui contractent l'avarie aux colonies et qui, faute de soins opportuns, reviennent au pays avec une perforation du palais, une destruction du voile et parfois l'adhérence de celui-ci au pharynx, vous pourrez désormais faire bénéficier ces derniers des bienfaits de votre bel art.

Et pour commencer je vous montrerai tout à l'heure un malade, que m'a adressé le D^r^ Dorion habitant une ville de la Somme. Cet homme de 25 ans subira prochainement l'opération de Kœnig, il portera mon dilatateur et je vous le présenterai après sa guérison.

LES SUPPURATIONS DU SINUS MAXILLAIRE

Par MM.
L. Frey, G. Lemerle,
Professeur Professeur suppléant
A l'École dentaire de Paris.

(Suite et fin[1]*.)*

Pronostic. — Les cas aigus et récents, consécutifs à un coryza, par exemple, guérissent spontanément ou cèdent facilement au traitement approprié ; mais si la muqueuse et le tissu osseux du sinus ont subi, sous l'influence de la longue évolution de l'affection, des lésions profondes, la cure redevient longue, difficile, souvent désespérante.

Il existe, en somme, différents types cliniques, depuis la sinusite, qui guérit seule, et celle qui résiste à tout traitement autre que la cure radicale.

Enfin, il ne faut pas perdre de vue des complications possibles par propagation de l'infection, les unes fréquentes : rhinite, inflammation du sinus frontal et des cellules ethmoïdales ; les autres rares : phlébite de la veine ophtalmique, infection des sinus de la dure-mère, méningite.

Diagnostic différentiel. — Lermoyez et ses élèves distinguent l'empyème du sinus, de la sinusite maxillaire vraie. Dans le premier cas il s'agit d'un entrepôt passager de pus de provenance exogène ; dans le second cas, on se trouve en présence d'une infection primitive de la muqueuse sinusale, d'une suppuration endogène.

En fait, il est difficile, de distinguer l'origine des suppurations du sinus ainsi que nous l'avons vu plus haut.

Dans quelques cas, certaines collections évoluant dans le voisinage de l'antre, mais non encore ouvertes dans sa cavité, peuvent être confondues, à la suite d'un examen superficiel, avec une suppuration sinusale.

---

[1] V. *L'Odontologie* des 15 et 30 juin 1909.

1° *Faux empyèmes du sinus* (Frey)[1]. — Il n'est pas exceptionnel en effet d'observer les *kystes*, suppurés ou non, et des *abcès* d'origine dentaire évoluant à l'extrémité de l'espace des racines émergeant au niveau du plancher du sinus. En pareil cas, la collection décolle progressivement la muqueuse et se loge entre cette dernière et la paroi osseuse du sinus qu'elle arrive parfois à remplir entièrement.

La diaphanoscopie révèle de l'opacité du maxillaire ; parfois, cependant, le sinus n'apparaît pas complètement obscur et il est possible de percevoir deux bandes claires encadrant une zone obscure centrale lorsque l'abcès collecté sous la muqueuse n'a pas encore eu le temps de la décoller totalement.

Une ponction diaméatique peut ramener du pus si le trocart pénètre entre la muqueuse et l'os et plonge dans la collection.

La diaphanoscopie et la ponction étant positives, on conclut à l'existence d'une sinusite.

Mais si l'examen de la bouche est pratiqué avec soin, on découvrira presque toujours des lésions dentaires avancées, caries perforantes infectées, avec arthrite chronique alvéolo-dentaire. Presque toujours on observe de la périostite du rempart alvéolaire externe, souvent on constate à ce niveau l'existence de fistules conduisant le stylet sur des surfaces osseuses dénudées. Si l'on pratique alors une ponction par la voie alvéolaire il s'écoule du pus, ou, s'il s'agit d'un kyste non abcédé, un liquide citrin caractéristique.

Une injection poussée par cette voie dans le sinus ne ressort pas par le nez : il ne s'agit donc pas d'une suppuration sinusale, mais d'une collection d'origine dentaire ayant évolué entre la muqueuse et le plancher osseux du sinus.

---

[1] Mahu donne à ces collections sous-muqueuses, le nom de *parulies sinusales*, par analogie avec les abcès d'origine dentaire collectés sous la muqueuse gingivale et qui portent ce nom ainsi remis en honneur (de παρα, auprès et ουλον, gencive). Mahu, *Pathogénie de l'empyème maxillaire (Revue de Stomatologie*, novembre 1906, p. 557).

2° *Fistules d'origine dentaire.* — Il n'est pas rare d'observer des fistules d'origine dentaire, il s'agit le plus souvent des incisives, s'ouvrir au niveau du plancher des fosses nasales. Il en résulte un écoulement de pus par le nez qui pourrait, au premier abord, faire penser à l'existence d'une sinusite. Un simple examen des fosses nasales permet d'éviter cette confusion[1].

3° *Syphilis, tuberculose et actinomycose.* — Elles peuvent provoquer des suppurations prolongées du sinus maxillaire. Il s'agit, le plus souvent, de lésions osseuses de voisinage ouvertes secondairement dans le sinus et qui se distinguent facilement d'une sinusite proprement dite.

4° *Cancer du sinus maxillaire.* — Il est souvent confondu avec une sinusite banale au début de son évolution.

Sebileau[2] distingue trois formes de cancer du sinus : la forme néoplasique, la forme putride, et la forme suppurative.

Dans la forme *néoplasique*, la tumeur, usant ou refoulant une paroi du sinus, vient à s'extérioriser et s'offre pour ainsi dire, au diagnostic.

La forme *putrilagineuse* ou *gangréneuse* est caractérisée par des signes d'infection sévère et des phénomènes étendus de périostite nécrosante intéressant le maxillaire supérieur, accompagnée d'une suppuration abondante et fétide.

La forme suppurative du cancer du sinus n'est pas exceptionnelle. C'est pourquoi il est facile de confondre un épithélioma avec une sinusite.

« La carcinose sinusale est, en effet, une carcinose ouverte ; aussi n'est-il pas surprenant qu'elle s'infecte. De là des erreurs de diagnostic qui conduisent à des erreurs de thérapeutique.

---

[1] Voir Frey, *Observations*, in Thèse Lucius. *Diag. des abcès du sinus maxillaire*, Paris 1898.

[2] Sebileau, *Formes cliniques du cancer du sinus maxillaire* (*Odontologie*, 15 décembre 1906, p. 487).

» Lorsqu'au moment où l'on constate des signes de suppuration du sinus maxillaire, le néoplasme s'est déjà extériorisé dans la bouche ou la fosse canine, nulle difficulté clinique ne surgit ; l'infection secondaire ne peut vraiment donner le change qu'à un clinicien peu avisé. Quand, au contraire, à l'époque où la suppuration s'établit, le néoplasme est encore inclus dans la cavité centrale ou bien n'a jeté dans le méat moyen que quelques maigres bourgeons qu'on prend pour des végétations myxomateuses, symptomatiques d'ethmoïdo-sinusite, l'erreur est facile et, à en juger par ce que j'ai pu voir, je pense qu'elle est très fréquente [1]. »

Sebileau divise cette forme suppurative du cancer du sinus en trois types cliniques distincts :

1° L'évacuation purulente s'opère par la voie nasale, comme pour une sinusite ordinaire et sous forme de décharges intermittentes.

2° L'écoulement purulent se fait d'une façon continue par un orifice alvéolaire déshabité, soit après extraction préalable de la dent, soit après la chute spontanée de celle-ci par suite des progrès du néoplasme.

3° « Le pus se fait jour, au travers des téguments, sur un point quelconque de la face, après avoir formé, en dehors du sinus et au voisinage de lui, une collection plus ou moins abondante, d'allure ordinairement assez torpide, mais capable d'affecter, dans certains cas, une forme aiguë, presque phlegmoneuse. »

Ces trois variétés peuvent être confondues d'autant plus facilement avec une sinusite maxillaire que celle-ci peut être accompagnée d'accidents dentaires qui lui impriment des aspects cliniques divers et assez semblables à ceux que nous venons d'énumérer. Les observations publiées par Richou dans sa thèse sont, à ce sujet, extrêmement intéressantes [2].

---

[1] Sebileau, *Loco citato.*

[2] Richou, *Contribution à l'étude des cancers du sinus maxillaire*, Thèse de Paris, 1905.

Au point de vue du diagnostic, nous ne pouvons mieux faire que de rapporter les propres paroles de Sebileau, qui le premier en a signalé et décrit les difficultés. Il importe, en effet, de dépister de bonne heure les tumeurs malignes du sinus, car elles ne sont opérables avec quelque chance de succès qu'à leur début ; à ce moment, le néoplasme n'a pas encore eu le temps de déformer les parois de l'antre ; il ne révèle sa présence que par son infection précoce et l'écoulement purulent qui en résulte et qui lui fait revêtir l'aspect d'une sinusite.

Il existe cependant une série de petits signes dont l'ensemble permet de faire le diagnostic au début. « Examinez, dit Sebileau, attentivement votre malade ; cherchez s'il n'a pas quelques modifications de la sensibilité de la joue ; si, malgré l'évacuation abondante et régulière du pus, il n'a pas, à défaut de douleurs, une sensation d'hémilourdeur permanente de la face ; voyez s'il ne présente pas une légère asymétrie de la région canine, tenant moins du gonflement que d'une sorte d'élargissement de cette région, et si l'os malaire ne paraît pas légèrement élevé ? Au toucher, ne vous semble-t-il pas aussi que, dans la fosse canine et tout autour d'elle, le tissu cellulaire sous-cutané est comme empâté, ou tout au moins qu'il a perdu de sa souplesse, de sa mobilité et de sa propension au glissement ; que la profondeur en cul-de-sac gingivo-jugal est diminuée, que celui-ci est plus large, moins voûté ; que, derrière le rempart alvéolaire interne, la lame palatine est un peu abaissée et qu'à ce niveau il y a comme une ébauche d'épaississement, quelquefois une délicate modification de couleur de la fibromuqueuse ? Enfin, le patient ne vous signale-t-il pas qu'il trouve ses dents plus longues du côté qui suppure et ne vous paraît-il pas que ces dents sont légèrement projetées en dehors de leurs alvéoles [1] ? »

Il est rare d'observer de la réaction ganglionnaire au cours du cancer du sinus maxillaire ; lorsqu'elle apparaît, c'est toujours tardivement. L'adénopathie ne se manifeste que lorsque le néoplasme a envahi les fosses nasales ou la bouche. Elle est constituée par un ganglion, du volume d'une amande et entouré de deux ou trois satellites. Ces ganglions sont remarquablement durs, adhérents aux plans profonds, difficilement mobilisables. Ils siègent au-dessous et en arrière de l'angle du maxillaire inférieur, en avant du bord antérieur du sterno-mastoïdien.

---

[1] SEBILEAU, *loc. cit.*, p. 495

On voit donc qu'un examen attentif permettra de diagnostiquer d'assez bonne heure un néoplasme suppurant du sinus et d'éviter la confusion avec une sinusite.

Traitement. — Lorsqu'on se trouve en présence d'une suppuration sinusale dont une exploration buccale méthodique a montré l'origine dentaire possible, on doit s'efforcer de faire disparaître la dent suspecte ou de pratiquer la désinfection et l'obturation de ses canaux.

Souvent une simple extraction fera rapidement disparaître les phénomènes sinusaux.

Si ces derniers persistent, il est indiqué de pratiquer des lavages du sinus, soit en empruntant la voix diaméatique, soit en se servant plus naturellement de la voie alvéolaire si l'extraction d'une dent a paru justifiée.

En pareil cas, il n'est pas toujours nécessaire de trépaner le plafond alvéolaire : le plus souvent ce dernier se laisse facilement traverser par un simple trocart et cette ponction ainsi pratiquée devient une manœuvre extrêmement simple.

En aucun cas, on ne devra placer de drain bucco-sinusal sous le prétexte de faciliter les lavages. Une pareille pratique est inutile, puisqu'il est possible de faire des lavages efficaces du sinus à l'aide de ponctions alvéolaires fréquentes. Elle est nuisible parce qu'elle éternise des sinusites chroniques pendant des mois et des années, en entretenant le malade dans un état de demi-sécurité. En effet, une sinusite maxillaire chronique qui, au bout d'un mois, n'a pas cédé aux lavages, ressort à la cure radicale et la prolongation d'un drainage bucco-sinusal au delà de ces limites ne fait qu'augmenter les lésions. « Dès l'instant, dit Sebileau, que ce tubage sinusien, de curateur devient simplement palliatif; dès qu'il n'assure plus autre chose qu'un drainage du sûreté, dès qu'il n'est plus maintenu que pour parer aux inconvénients (rétention) d'une sinusite qu'il s'est montré incapable de guérir, dès qu'il passe, si je puis ainsi parler, à l'état chronique, il n'est plus qu'une méthode vieillie et condamnable, car il perpétue pour le patient une infirmité très curable [1]. »

Il y a donc des suppurations anciennes de l'antre d'Hyghmore que ne guérissent ni l'extraction des dents malades, ni la ponction alvéolaire suivie de lavages modificateurs.

« A ces suppurations, il faut appliquer un traitement radical, le seul qui puisse les guérir : le curettage méthodique des fongosités » (Sebileau). Ce curettage n'est réalisable que par une large trépanation de la fosse canine, au niveau du vestibule de la bouche. « Plus l'ouverture est grande, mieux on voit, mieux on gratte, plus l'opération est sûre, plus elle est rapide » (Sebileau). Lorsque ce curettage est effectué, et que partout la paroi osseuse du sinus apparaît bien nettoyée, deux manières s'offrent au chirurgien de terminer l'intervention. La méthode de Caldwell [2]-Luc [3], adoptée par la presque totalité des rhinologistes de France, consiste à fermer par suture l'incision vestibulaire de la muqueuse buccale et à drainer le sinus par une large ouverture pratiquée dans la portion inférieure de la paroi externe des fosses nasales après résection partielle du cornet inférieur. La méthode de Desault [4]-Sebileau [5] consiste

---

[1] Sebileau, *L'Opération de Lamorier-Desault* (*Odontologie*, 15 décembre 1905, p. 422).

Voir également une excellente mise au point de cette question publiée par Mahé, in *La Presse médicale*, 8 juillet 1908, p. 435.

[2] Georges Caldwell, *An improved method of treatment for suppuration of the maxillary antrum* (*New-York méd. journ.*, 4 nov. 1893, p. 526).

[3] Luc, *Une nouvelle méthode opératoire pour la cure radicale et rapide de l'empyème chronique du sinus maxillaire* (*Arch. internat. de laryng., de rhin. et d'otol.*, 1897, p. 273).

[4] Desault, *Œuvres chirurgicales exposées par Bichat*, t. II, p. 162, Paris, 1801

[5] Sebileau, *loco citato*.

« à livrer la plaie buccale au travail de la cicatrisation spontanée, assurant ainsi par elle le drainage de la cavité sinusale ».

L'opération de Caldwell-Luc cherche à isoler avec soin le sinus du milieu buccal.

Dans l'opération de Desault-Sebileau, le but contraire est recherché.

Dans la première, la résection du cornet inférieur constitue une mutilation qui peut être suivie de quelques inconvénients[1].

Dans la seconde, les fosses nasales sont laissées intactes et le drainage s'effectue logiquement par la partie la plus déclive du sinus.

L'opération de Desault-Sebileau a donc l'avantage d'être moins mutilante que la première et d'exécution plus simple. C'est essentiellement une opération buccale et l'on sait avec quelle rapidité guérissent les plaies de la bouche ou celles en communication avec son milieu[2]. La guérison de la plaie s'opère en quelques semaines ; la muqueuse vestibulaire retombe comme un rideau devant la trépanation de la fosse canine, et les deux lèvres de l'incision ne tardent pas à se réunir. Mais il faut soigneusement éviter les tamponnements prolongés du sinus en dehors de celui qui doit rester en place douze ou vingt-quatre heures après l'opération afin d'assurer une hémostase définitive. C'est ce régime de pansements répétés dans la cavité du sinus trépané qui entraîne la pérennité de la suppuration et les divers inconvénients signalés par Lermoyez[3].

L'usage prolongé de lavages du sinus après l'opération peut entraver la réunion complète de l'ouverture buccale. Il en résulte parfois la persistance d'un très petit orifice, qu'il ne faut pas confondre avec une fistule. De Nevrézé[1] pense qu'il s'agit là d'un puits d'aération, de ventilation du sinus, et que sa formation résulte de l'obstruction de l'ostium à la suite du curettage, car on ne peut concevoir l'existence dans l'organisme d'une cavité remplie d'air et privée de communication avec l'extérieur.

---

[1] Grunwaldt, *Discussion sur les résultats du traitement chirurgical des sinusites* (*Ann. des mal. de l'oreille, du nez et du larynx*, fév. 1903, n° 2, p. 200).

[2] Herbert-Tilley, *Indications et résultats du traitement chirurgical des sinusites maxillaires et frontales* (*Annales des mal. de l'oreille, du nez et du larynx*, fév. 1903, n° 2, p. 195).

[3] Lermoyez, *Ann. des mal. de l'or., du nez, du larynx*, nov. 1902, p. 383 et janv. 1904, p. 7.

Telle est, au total, l'opération simple et bénigne de la cure radicale de la sinusite maxillaire chronique par la voie endo-buccale[2].

---

[1] B. de NÉVREZÉ, *Considérat. sur le traitement des suppurations chroniques du sinus maxillaire*, Thèse de Paris, 1903.

[2] JUIN, *Traité des sinusites maxill. chron. Méthode endo-buccale de Sebileau*, Thèse de Paris, 1908.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Association Française pour l'avancement des sciences.

CONGRÈS DE LILLE (38e Session).

SECTION D'ODONTOLOGIE

Le Congrès se réunira à Lille, du 2 au 7 août, sous la présidence de M. le professeur Landouzy, membre de l'Académie de médecine, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Les séances se tiendront au lycée Fénelon (lycée de jeunes filles).

Le secrétariat y sera ouvert le dimanche 1er août, à 2 h. 1/2.

La session est préparée par un Comité local, dont la liste a paru dans le n° 13 du *Bulletin de l'A. F. A. S.*

Un Comité local d'organisation de la Section d'Odontologie a été constitué et M. Brun, chirurgien-dentiste à Lille, 27, rue du Marché-aux-Poulets, qui en est le président, se tient à la disposition des confrères qui désireraient avoir des renseignements pour compléter ceux que l'A. F. A. S. donne dans les bulletins qu'elle publie.

PROGRAMME DE LA SECTION D'ODONTOLOGIE

Dimanche 1er août, à 9 heures du soir. — Réception des Congressistes par le Comité local.

Lundi 2 août. — Matin, séance générale d'ouverture. — Après-midi, séance de la section. — Le soir, réception des Congressistes par la municipalité.

Mardi 3 août. — Matin, séance de section. — Après-midi, expériences d'aviation à Douai. — Soir, conférence de M. Poincaré, membre de l'Académie française et de l'Académie des sciences.

Mercredi 4 août. — Matin et après-midi, séance de la section, nomination du président de la section du prochain Congrès. — Le soir, banquet.

Jeudi 5 août. — Matin, séance de la section, démonstrations pratiques. — Après-midi, excursion générale.

Vendredi 6 août. — Matin, séance de la section. — Après-midi, visites scientifiques et industrielles.

Samedi 7 août. — Matin, séance de la section. — Après-midi, assemblée générale de l'A. F. A. S.

La séance de samedi sera consacrée à la lecture des communications dont les auteurs n'auront pu se rendre à Lille.

A une des séances, qui sera indiquée ultérieurement, la Section d'Odontologie se réunira à la section d'anthropologie pour discuter les questions suivantes :

La dent en anthropologie.

L'usure des dents chez les néolithiques.

Les confrères qui voudraient faire des communications à cette séance sont priés de s'adresser à M. le Dr Marcel Baudoin, président de la section d'anthropologie, 21, rue Linné, Paris, 5e arrondissement.

Travaux de la Section d'Odontologie.

RAPPORTS.

Les métaux coulés en art dentaire, par M. O. Solbrig, de Paris.

Le prognathisme inférieur, traitement, par M. Gillet, de Lille.

Essai d'unification de la terminologie et des diverses classifications en orthodontie, par M. G. Villain, de Paris.

Communications par ordre de réception.

M. Ferrand. — Articulateur à griffes démontables et interchangeables.

M. Réal. — Nouvelle méthode de coulage de métaux par le vide.

M. Amoëdo. — 1° Articulation anatomique individuelle ;
2° L'articulation temporo-maxillaire.

M. Rousseaux (Roubaix). — Nouveau modèle de moufle levier-clef pour vulcanisateur.

M. Francis Jean. — 1° Modification aux appareils d'orthodontie à poste fixe ;
2° Thérapeutique de la carie du 4e degré.

M. Delair. — 1° Prothèse du pharynx nasal ;
2° Obturateur palatin à bourrelet ;
3° Redressement du nez ;
4° Prothèse tardive du maxillaire inférieur.

M. Brun (Lille). — Traitement du prognathisme supérieur.

M. Cavalié (Bordeaux). — Les phénols chlorés et bromés en thérapeutique dentaire.

M. Maurice Roy. — Les résultats du curettage alvéolo-radiculaire.

M. Quintin (Bruxelles). — La novocaïne.

M. Cramer. — La suture gingivale dans les interventions dentaires.

M. Kerm. — Traitement de l'hyperesthésie de la dentine.

M. Godon. — Le nouveau régime d'enseignement dentaire.

M. Fourquet. — 1° Contribution à l'étude embryogénique de l'os incisif ;
2° La théorie de Warinsky et certaines anomalies de nombre ;
3° Cas de nécrose partielle et totale des os incisifs comme complications de carie pénétrante des incisives latérales supérieures.

M. Pincemaille. — Contribution à l'étude du diagnostic des pulpites (Pulpes à conserver, pulpes à détruire).

M. Bourcy (Le Havre). — Epulis pseudo-angiomateuse.

M. Druo. — Influence de la cure dentaire sur l'évolution des syphilides faciales et bucco-pharyngées.

M. Barden. — Les répercussions des irritations gingivo-dentaires.

M. G. Villain. — L'enseignement de la prothèse aux élèves stagiaires.

M. Gillet. — Présentation de pièces anatomiques.

M. Lohier (Lille). — Anesthésie générale par le forméthyle à l'aide de l'appareil Décolland.

M. Grimaud. — Traitement de la pyorrhée alvéolaire.

MM. Frison et Planchon. — Eruption des dents temporaires. Dates et ordre d'apparition. Accidents concomitants. Statistiques établies sur 250 observations recueillies à la consultation de la clinique Tarnier (1898-1904).

M. Siffre. — L'usure des molaires de lait chez les néolithiques et chez les contemporains.

M. Masson. — Résultats à longue échéance de plusieurs cas de bridges complets. Considérations théoriques et pratiques sur l'emploi des bridges étendus.

M. Gabriel Adain. — Le canal mandibulaire et les accidents de la dent de sagesse.

M. Raymond Lemière. — 1° Contribution à l'étude du déplacement apical antérieur des incisives et des canines ;
2° Application de l'air comprimé dans le cabinet dentaire ;
3° Considérations sur l'emploi de la novocaïne.

Le programme définitif de la session sera prochainement publié et adressé à tous les adhérents de la *Section d'Odontologie*.

Comme on peut le voir par ce programme, qui sera encore complété par les communications promises par un certain nombre de confrères ne figurant pas sur cette liste, nous aurons une belle et intéressante session au Congrès de Lille et nous sommes heureux de voir que l'appel du Comité d'organisation a été entendu de nos confrères.

Le président de la Section,
Dr SIFFRE.

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE (F. D. N.)

(Association Française de Sociétés Dentaires)

SIÈGE SOCIAL : 28, RUE SERPENTE (Hôtel des Sociétés Savantes)

Réunion du 21 mai 1909.

Présidence de M. FRANCIS JEAN, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Sont présents : MM. Amoëdo, Blatter, Brodhurst, Choquet, Monnin, Pailliottin, Roy, Touvet-Fanton, G. Villain.

Excusés : MM. Hugot, Loup.

ORDRE DU JOUR :

1° Procès-verbal ;

2° Correspondance ;

3° Demande d'admission de la Société des étudiants en chirurgie dentaire ;

4° Revision des statuts ;

5° Fête du trentenaire du Groupement de l'École dentaire de Paris et de l'Association générale des dentistes de France ;

6° Congrès de Berlin ;

7° Questions et propositions diverses.

Le secrétaire général donne lecture :

1° Du procès-verbal du 30 novembre 1908, qui est adopté ;

2° De lettres d'excuses de MM. Hugot et Loup ;

3° D'une lettre de M. Fléty, annonçant le mariage de sa fille (des félicitations lui sont adressées) ;

4° D'une lettre de l'École dentaire de Paris, annonçant le vote d'une subvention de 200 francs à la Fédération.

Le président annonce que, de son côté, l'Association a voté 250 francs ;

5° D'une lettre par laquelle M. Roth, de Nancy, demande son admission dans la Fédération. Il lui sera répondu que la Fédération statutairement n'admet pas d'individualités, mais seulement les représentants des collectivités parmi ses membres.

Sur la proposition de *M. Monnin*, il est décidé de lui recommander d'adhérer à la Société des dentistes de l'Est et de se faire déléguer par celle-ci à la Fédération.

M. Brodhurst demande si une société provinciale, faisant partie de syndicats peut également faire partie de la F. D. N.

Le président répond affirmativement, à condition que la F. D. N. l'admette.

M. Monnin ajoute que chaque société doit conserver son autonomie, mais que les sociétés ne doivent pas perdre de vue que la F. D. N.

seule correspond avec la F. D. I. ; par conséquent en adhérant à la F. D. N., elles peuvent défendre leurs idées à la F. D. I.

Le président fait remarquer, en outre, que l'affiliation à un syndicat n'offre ni le but, ni l'intérêt de l'affiliation à la F. D. N.

M. Brodhurst dit que la plupart des membres de province croient qu'un syndicat leur donnera plus d'avantages qu'une Fédération, et ne connaissent pas bien ni le but, ni le rôle de la Fédération. Il résulte de la réponse du président qu'il n'y a pas incompatibilité entre la qualité de membre d'un syndicat et celle de membre de la Fédération.

Pour *M. Roy*, il n'y a pas incompatibilité dès l'instant que la demande d'admission est accueillie par la F. D. N., puisque celle-ci a pour but d'englober toutes les sociétés dentaires françaises, de les représenter à la F. D. I., et de défendre en commun les intérêts généraux de la profession.

M. Godon ajoute que la Fédération ne peut vivre qu'à la condition de laisser une autonomie absolue aux sociétés adhérentes.

Le président fait remarquer qu'il est bon que les sociétés de province sachent que la Fédération exerce une action plus étendue qu'un syndicat.

Le secrétaire général communique une lettre par laquelle l'Union des étudiants en chirurgie dentaire demande à faire partie de la Fédération.

Le président demande à l'assemblée son avis.

M. Roy craint que cette admission ne présente des inconvénients, mais estime qu'il peut y avoir intérêt à accueillir la demande pour que cette société apprenne à connaître la Fédération.

M. Brodhurst croit que de jeunes étudiants ne sont guère qualifiés pour discuter avec des sociétés de praticiens.

M. Godon pense que ce serait un manque de solidarité de repousser cette société, qui est accueillie et même subventionnée ailleurs. Son admission dans la Fédération n'offre pas plus d'inconvénients que dans d'autres milieux. On ne peut pas dire du reste que les intérêts professionnels sont sans valeur pour elle.

MM. Monnin et *Choquet* appuient la manière de voir de M. Godon.

M. Choquet demande combien cette société aurait de délégués si elle était admise.

Le président répond que la question sera tranchée après la revision des statuts qui va avoir lieu.

L'Union est admise dans la Fédération à l'unanimité.

Le président dit que le Bureau s'est attaché à coordonner les statuts et à rendre la F. D. N. plus facilement accessible aux sociétés dentaires et que la nouvelle rédaction des statuts va être soumise à l'assemblée.

M. Blatter en donne lecture.

L'historique est adopté avec de légères modifications de forme dans les deux derniers paragraphes.

L'article 1^{er} est adopté après modifications.

Les articles 2, 3 et 4 sont adoptés sans changement.

Le président donne la raison de la rédaction actuelle de l'article 5 :

c'est pour le cas où une société négligerait de faire connaître le nom de ses délégués.

L'article 5 est adopté.

M. Brodhurst voudrait un délégué par 20 membres (art. 6).

Le président répond que l'article 6 est rédigé ainsi dans l'intérêt des petites sociétés.

M. Godon ajoute qu'on ne doit pas faire à la Fédération le reproche de donner toute l'influence aux grandes sociétés par le nombre de leurs délégués.

M. Roy ne veut pas étouffer les petites sociétés mais ne veut pas non plus exposer les grandes à une minorité par un nombre trop disproportionné de représentants.

L'article 6 est adopté.

Les articles 7, 8 et 9 sont adoptés après modifications ; l'article 10 après adjonction d'un mot.

M. Brodhurst demande que les réunions de la Fédération coïncident avec d'autres réunions.

M. Roy rappelle que la simultanéité des réunions a donné lieu à des protestations.

L'article 11 est adopté ; l'article 12 également, après modification. Les articles 13, 14, 15, 16 sont adoptés sans changement. L'article 17 est adopté après modification ; les articles 18 et 19 sont adoptés sans changement.

L'ensemble est mis aux voix et adopté.

Après un échange d'observations il est décidé que l'Union des étudiants sera représentée à la F. D. N. : 1° par le président ; 2° par deux délégués, quel que soit le nombre de ses membres.

Le président propose de désigner un dentiste de province pour prendre la parole, à la fête du Trentenaire, au nom des provinciaux. — *Adopté.*

M. Choquet propose M. Monnin. — *Adopté.*

M. le président expose les travaux du Bureau du Comité français de propagande du Congrès de Berlin et estime qu'au moins quarante membres y représenteront les dentistes français.

M. Roy propose de réunir à Berlin avant le Congrès tous les dentistes français afin qu'ils s'entendent entre eux et il recommande une grande discipline pour que la France ait une représentation digne d'elle.

Le président compte sur la coopération des dentistes français au Congrès de l'A. F. A. S. à Lille, qui s'annonce comme devant avoir un grand succès.

Il est décidé que la prochaine réunion aura lieu à Lille pendant la session de ce Congrès.

La séance est levée à 11 h. 3/4.

Le secrétaire général,
BLATTER.

V^{e} CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

BERLIN (23 AU 28 AOUT 1909).

Nous avons reçu du Comité d'organisation du Congrès la circulaire suivante que nous nous empressons de publier.

Rappelons que l'exposition annexée au Congrès comprendra deux parties : l'une scientifique, l'autre industrielle. L'admission dans la première est gratuite ; elle est payante dans la seconde.

F. J.

Monsieur et très honoré confrère,

Je me permets de vous envoyer ci-dessous quelques communications sur l'état actuel de notre programme scientifique, en vous priant de vouloir bien en donner connaissance aux membres de votre association ou de les publier dans votre journal ou revue.

J'espère être en état de vous faire parvenir prochainement la liste complète des sujets des rapports et conférences. Quant au programme définitif, il ne pourra guère être terminé avant la deuxième quinzaine de juillet. Il doit, en effet, renseigner sur tout ce qui sera fait au cours du Congrès et contenir toutes les communications. C'est pourquoi nous sommes obligés d'attendre les informations qui nous seront envoyées de l'étranger à ce sujet.

En terminant, qu'il me soit permis de vous adresser encore une prière, celle de vouloir bien faire une active propagande en faveur de notre exposition internationale. Cette dernière, dont M. le professeur Dieck (Berlin W., Potsdamer Strasse 113, Villa 3) est le directeur, doit, dans notre intention, constituer le clou de tout ce qui sera organisé à l'occasion du Congrès. Aussi avons-nous le plus vif désir de voir nos confrères étrangers y prendre une part active. Les formulaires d'inscription sont, sur demande, envoyés par M. le professeur Dieck.

Veuillez, monsieur et très honoré confrère, agréer l'expression de ma parfaite confraternelle considération.

D^{r} KONRAD COHN,
Secrétaire du V^{e} Congrès dentaire international
Berlin W., Potsdamestr. 46.

Le Comité d'organisation du 5^{me} Congrès dentaire international a, dans le courant de février, envoyé en Allemagne et à l'étranger un programme provisoire tiré à 10.000 exemplaires ; il a, en outre, décidé de terminer l'impression du programme définitif pour le 15 juillet. Comme il ne sera pas possible d'envoyer ce dernier à tous les dentistes de l'Allemagne et de l'étranger, je publie aujourd'hui quelques communications sur l'état actuel des travaux. Le programme définitif paraîtra sous forme de livre et contiendra tout ce qui se rapporte au congrès.

SECTION I. — *Anatomie, physiologie, histologie.*

Président, M. le docteur Adloff, Koenigsberg en Prusse.

Cette section a, jusqu'à présent, reçu 34 inscriptions de communications. En dehors de l'Allemagne se sont annoncés pour prendre la parole : MM. Witthaus D. D. S. Rotterdamm ; Wallisch, Vienne ; Siffre, Paris ; Loos, Vienne ; Mahé, Paris ; Haderup, Copenhague ; Christensen, Copenhague ; Cryer, Philadelphie ; Sauvez, Paris ; Choquet, Paris ; Caush, Brighton ; Gorjanowic Kramberger, Agram ; Dill, Bâle ; Guerini, Naples ; Frank, Amsterdam ; Purnell, Mexico. Sur ces 34 communications, il y en aura 6 avec projections.

SECTION II. — *Pathologie, bactériologie.*

Président, M. le professeur Römer, Strasbourg (Alsace).

Dans cette section, il y a jusqu'à présent 26 communications d'inscrites. De l'étranger se sont annoncés MM. Hamer, Amsterdam ; van der Hoeven, la Haye ; Frey, Paris ; Preiswerk, Bâle ; Mayrhofer, Innsbruck ; Bönnecken, Prague ; Cavalié, Bordeaux ; Quintin, Bruxelles ; Tellier, Lyon ; Sickingen, Brünn ; Landgraf, Budapest ; von Stratum, Liège ; Dill, Liestal.

SECTION III. — *Chimie, physique, métallurgie.*

Président, M. C. Birgfeld, Hambourg, Alsterdamm I.

Cette section a choisi comme sujets de discussion les thèmes suivants :

1. Propriétés chimiques et physiques des substances le plus ordinairement employées pour le plombage.
2. Chimie de la formation, de la nutrition et de la conservation des parties solides de la bouche.
3. Emploi de l'électricité dans l'art dentaire.

Outre ces 3 thèmes, il y a encore 11 communications d'inscrites ; les rapporteurs étrangers sont MM. Dreschfeld, Manchester ; Kulka, Vienne ; Gassmann, Zurich.

En ce qui concerne le sujet de la question 3a : emploi des rayons X dans l'art dentaire, il y a 6 communications d'annoncées.

SECTION IV. — *Diagnostic, thérapeutique spéciale. Matière médicale.*

Président, M. le professeur Michel, Würzbourg.

Jusqu'à présent, il s'est inscrit 26 auteurs, dont 3 dentistes étrangers : MM. von Krogh, Christiania ; Trauner, Graz ; Senn, Zürich ; Elander, Göteborg ; Merrit, New-York ; Wheeler, New-York ; Guilford, Philadelphie ; Barber, Toledo ; Welin, Stockholm ; Bauske, Amsterdam ; Francis Jean, Paris ; Figueroa, Mexico ; Clara, Mexico. La section a, en outre, décidé de mettre en discussion les sujets suivants : diagnostic différentiel de la pyorrhée alvéolo-dentaire ; diagnostic de la périodontite chronique et sa thérapeutique; diagnostic de la pulpite et de la périodontite au moyen du courant d'induction ; baume du Pérou comme matière obturatrice de la cavité de la racine; expériences faites avec les anesthésiques pour la dentine; moyen de conserver la pulpe dentaire ; influence de l'huile d'œillet (eugénol) sur la pulpe dentaire et la dentine ; diagnostic différentiel des diverses formes de pulpite au moyen de l'alcool, de la formaline, de la température et du courant d'induction ; étiologie et thérapeutique des dents branlantes, des maladies dentaires et buccales en tant que moyens auxiliaires pour diagnostiquer les maladies constitutionnelles.

SECTION V. — *Chirurgie buccale et prothèse chirurgicale.*

Présidents : MM. le Conseiller intime professeur Partsch, Breslau ;
le professeur Schröder, Berlin.

Dans cette section il y a eu, jusqu'à présent, 32 communications d'inscrites. De l'étranger se sont annoncés MM. Weiser, Vienne ; Billing, Stockholm, Schlemmer (aîné), Vienne ; Trauner, Graz ; Brophy, Chicago ; Falero, Mexico.

De plus, la section organisera des démonstrations relatives à la prothèse chirurgicale et mettra en discussion un certain nombre de thèmes généraux.

SECTION VI. — *Anesthésie générale et locale.*

Président : M. le docteur Fischer, Greifswald.

18 communications ; de l'étranger MM. Carlson, Goeteborg ; Eckstroem, Goeteborg ; Kowarsky, Moscou ; Metz, Meran ; Pitot, Mons ; Redard, Genève ; Wachsmann, Prague.

On discutera, en outre, les questions suivantes :

1. L'art dentaire peut-il se passer de l'anesthésie générale et se contenter de l'anesthésie locale ?
2. Quel anesthésique local peut-on recommander pour l'art dentaire ?
3. Quelle technique de l'anesthésie locale est la plus simple et en même temps la meilleure ?

SECTION VII. — *Dentisterie conservatrice.*

Président M. le professeur Sachs, Berlin, Kurfürstendamm 247.

Il y a jusqu'ici 47 rapports et communications d'annoncés, — 40 en langue allemande, 4 en français, 3 en anglais — se répartissant ainsi : Allemagne 21, Autriche 3, Suisse 5, Suède 2, Norvège 1, Danemark 3, Hollande 3, Belgique 1, France 6, Amérique 1, Russie 1. Vraisemblablement, il sera annoncé encore un assez grand nombre de communications surtout d'Autriche, d'Angleterre et d'Amérique. Vu l'abondance de celles qui sont déjà annoncées on devra s'en tenir strictement aux statuts, suivant lesquels chaque rapporteur ne peut disposer que de 20 minutes et toute personne prenant part à la discussion que de 5 minutes.

SECTION VIII. — *Remplacement des dents, y compris couronnes et ponts. Céramique.*

Président : M. le professeur Riegner, Breslau.

D'Allemagne cette section a reçu 26 inscriptions de communications ; de l'étranger 19, savoir de MM. Angel, Copenhague ; Bloch, Copenhague ; Amoedo, Paris ; Smith, Paris ; Safran, Vienne ; Solbrig, Paris ; Welin, Stockholm ; Samuel, Stockholm ; Dill, Bâle ; Alexander, Charlottenbourg ; Dall, Glasgow ; Frank, Amsterdam ; Fuyt, Utrecht ; Melendy, Knoxville ; Rodgers, Dorchester ; Hull, Kansas City ; Lumbroso, Tunis ; Mertens, La Haye ; Occeli, Mexico.

En outre 4 sujets de discussion :

1. Doit-on recommander de tuer (dévitaliser) la pulpe dans les travaux à pont et à couronne ?
2. Dans quelles conditions les ponts à selle sont-ils justifiés ?
3. Indication et contre-indication pour les ponts fixes et les ponts démontables.
4. Les produits dentaires de nos jours répondent-ils aux conditions anatomiques des dents naturelles ?

En outre, le sujet suivant indiqué par la F. D. I. : Les appareils en métal coulé et l'enseignement du bridge.

SECTION IX. — *Orthodontie.*

Président : M. le médecin-dentiste de la cour Heydenhauss, Berlin, Potsdamerstr. 121.

25 communications et 7 sujets de discussion. Les auteurs étrangers sont MM. Andresen, Copenhague ; Elander, Goeteborg ; Davenport, Paris ; Falero, Mexico ; Francis Jean, Paris ; Godon, Paris ; Gomez, Mexico ; Haderup, Copenhague ; Jackson, New-York.

On discutera les questions suivantes :

1. Prophylaxie dans l'orthodontie.
2. La classification adoptée par Angle des anomalies d'occlusion est-elle de nature à satisfaire comme système de division scientifique des phénomènes anormaux des dents et des mâchoires ?
3. Peut-on admettre l'hypothèse d'Angle suivant laquelle la nature apporte le plus grand soin à la pose des premières molaires et en particulier ne se trompe-t-on jamais dans celle des molaires supérieures ?
4. Quelles sont les suites de l'extraction symétrique des molaires de six ans ?
5. Est-il nécessaire dans l'extraction ci-dessus pour conserver le résultat obtenu de rétablir les cavités normales au moyen de ponts ?
6. Quelles sont les classes d'âge favorables pour le début du traitement de l'occlusion distale bilatérale ? (Angle Cl. 2, Sect. 1 et 2).
7. Quelles opérations sont indiquées dans le diastème du frein de la langue ?

M. Angle (Amérique) qui a accepté la présidence d'honneur de cette section traitera probablement le thème : Prophylaxie dans l'orthodontie.

SECTION X. — *Hygiène de la bouche et des dents.*

Président : M. le docteur C. Roese, Dresde et M. le professeur Jessen, Strasbourg (Alsace).

Il y a 25 communications d'inscrites. De l'étranger MM. Jenkins, Paris ; Haderup, Copenhague ; Witthaus, Rotterdam ; Lenhardtson, Stockholm ; Potter, Boston ; Kruesien et Woodbury, Boston ; Amoëdo ; Paris ; Cunningham, Cambridge, Guillermin, Genève ; Bensow, Goeteborg ; Bôn, Bruxelles ; Zentler, New-York.

La commission d'hygiène de la F. D. I. a adopté, à Bruxelles, 2 propositions qui doivent être mises en délibération au Congrès. En outre, 4 thèmes seront discutés. On se propose aussi de faire nommer, sur la proposition la Section X du 5^e Congrès dentaire international, un « comité permanent international pour l'hygiène publique de la bouche » en vue de préparer dans tous les pays l'application efficace des résolutions et leur transformation en actes.

SECTION XI. — *Enseignement et législation.*

Président : M. le docteur Ritter, Berlin, Königgrätzerstrasse 91.

29 auteurs se sont inscrits jusqu'à présent, dont les dentistes étrangers suivants : Brun, Christiania ; Preiswerk, Bâle ; Stoppany, Suisse ; van der Hoeven, La Haye ; Haderup, Copenhague ; Ottofy, Manille (Philippines) ; Bouchet, Paris ; Domingo Casasnovas, Sainte-Eulalie ; Godon, Paris ; Theo Dill, Bâle ; Guerini, Naples ; Holsey, Springfield.

En outre 3 sujets de discussion :

1. Le dentiste doit-il être médecin dans tout le sens du mot ?

2. Dans quels cas est-il permis de poser des dentiers artificiels sur des racines qui n'ont pas été arrachées ?

Quels sont les cas à considérer comme des fautes contre l'art dentaire :

a) Au point de vue du droit civil,

b) Au point de vue du droit pénal ?

3. Quels honoraires peut-on exiger pour les ponts et les couronnes ?

La commission de jurisprudence de la F. D. I. de Bruxelles a, de plus, décidé de soumettre à l'examen de la section les thèmes suivants :

1. Il est d'intérêt public que l'État interdise l'exercice de l'art dentaire à quiconque n'a pas fait les études prescrites et n'est muni d'aucun diplôme l'autorisant à pratiquer l'art dentaire.

2. Il est désirable que le médecin qui veut pratiquer l'art dentaire soit muni non seulement de l'approbation médicale, mais encore d'un diplôme spécial dentaire.

SECTION XII. — *Histoire et littérature.*

Président : M. le docteur Hoffendahl, Berlin, Schöneberger Ufer 20.

Jusqu'à présent il y a dans cette section 16 communications annoncées et 3 sujets de discussion :

1. Comment peut-on rendre accessible au médecin-dentiste qui se livre à des études scientifiques la littérature spéciale de toutes les nations ?
2. Etablissement d'un index de la littérature dentaire du monde entier.
3. Préparation d'un rapport sur la nomenclature scientifique dentaire.

Les travaux du Comité local berlinois en vue de préparer la réception, les fêtes et autres réunions sont en excellente voie. Les dentistes allemands ont, au moyen de cotisations auxquelles ont participé également quelques maisons de commerce, réuni les ressources voulues pour recevoir leurs hôtes d'une façon digne d'eux.

Les cotisations à verser de la part des congressistes et des membres associés sont les suivantes :

1. 25 marks pour la carte de membre titulaire.

Cette carte donne droit à recevoir gratuitement et franco le volume des comptes rendus, dont l'impression, vu son ampleur et les nombreuses gravures qu'il renfermera, sera très coûteuse.

2. 10 marks pour la carte de membre associé. Peuvent recevoir cette carte les parents des membres titulaires et les étudiants en dentisterie. Le Comité local a dressé, à l'intention des parents des congressistes pour le temps des séances de travail, un grand programme de réjouissances, visites, excursions (promenades en voiture, parties de plaisir, etc.) auxquels ces membres associés pourront prendre part gratuitement.

3. 12 marks pour le livret de coupons donnant droit aux diverses réjouissances, aux réductions sur les billets de théâtre, etc.

Le Comité directeur prie tous les confrères qui se proposent de prendre part au Congrès d'envoyer leur adhésion le plus tôt possible afin que, connaisssant le nombre approximatif de membres, il soit en mesure de faire les préparatifs voulus.

Les adhésions doivent être envoyées au secrétaire général M. le docteur Schaeffer-Stuckert, Francfort-sur-le-Main, Kettenhofweg 29.

D^r KONRAD COHN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

RETARD DANS L'APPLICATION DU DÉCRET DU 11 JANVIER 1909

La section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique a examiné dans sa session de juillet courant deux projets.

Aux termes du premier, les aspirants au diplôme de chirurgien-dentiste ayant obtenu avant le 1er décembre 1909 le certificat d'études prévu par le décret du 25 juillet 1893 pourront jusqu'à cette date opter entre le régime d'études ancien et le régime d'études nouveau établi par le décret du 11 janvier 1909.

Il résulte de ce projet que l'introduction du stage qui primitivement devait avoir lieu le 1er octobre 1909 se trouvera reportée au 1er octobre 1910.

⁂

Le deuxième projet fixe à 1.145 francs le montant des droits à percevoir pour études, examens, certificats d'aptitude et diplôme en vue du grade de chirurgien-dentiste tel qu'il est réorganisé par le décret du 11 janvier 1909, savoir :

Examen de validation de stage....................	25	francs.
12 droits trimestriels d'inscription à 30 francs........	360	—
12 — — de bibliothèque à 2 fr. 50.......	30	—
12 — — de travaux pratiques, dont 4 à 15 francs pour la première année.................	60	—
et 8 à 32 fr. 50 pour les deuxième et troisième années.	260	—
1er examen 40 francs, certificat d'aptitude 20 francs...	60	—
2e — 30 francs, — — 20 francs...	50	—
3e — 1re épreuve, examen, 30 francs ; certificat d'aptitude, 20 francs.........................	50	—
2e épreuve, examen, 30 francs ; certificat d'aptitude, 20 francs ; diplôme, 100 francs..................	150	—

Les inscriptions de stage sont gratuites.

Toutefois les élèves accomplissant dans les facultés ou écoles de médecine le stage de deux ans sont soumis chaque année à l'immatriculation et à un droit annuel de 60 francs pour travaux pratiques.

Ces droits seront perçus à dater du 1er novembre 1909. Toutefois, les étudiants bénéficiant des dispositions transitoires acquitteront les droits fixés par les décrets de 1894 et de 1907.

⁂

Ces deux projets seront soumis au Conseil supérieur de l'Instruction publique dans sa session de juillet.

DIPLOME DE CHIRURGIEN-DENTISTE D'UNIVERSITÉ

Un certain nombre d'étudiants bulgares D. E. D. P. s'étant vu refuser le droit d'exercice dans leur pays par le Conseil médical de Bulgarie, qui a constaté qu'une école dentaire aurait délivré en France des diplômes dans des conditions irrégulières, le directeur de l'Ecole dentaire de Paris a demandé au doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Nancy l'autorisation pour les étudiants étrangers en général et bulgares en particulier D. E. D. P. de subir les examens pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste d'université qui n'habilite pas à l'exercice en France, mais est reconnu en Bulgarie.

Il a reçu la réponse suivante :

Faculté de médecine
—
CABINET DU DOYEN
— : —

UNIVERSITÉ DE NANCY

Nancy, le 23 juin 1909.

Monsieur le Directeur,

En réponse à votre demande, j'ai l'honneur de vous informer qu'avec l'approbation de M. le recteur de l'Université de Nancy, le diplôme de chirurgien-dentiste de l'Université de Nancy, institué à l'usage des étrangers par arrêté ministériel du 20 juin 1902, pourra être délivré aux élèves d'origine bulgare, de l'Ecole dentaire de Paris, qui rempliront les conditions requises.

Ces élèves devront subir devant la Faculté de médecine de Nancy les examens stipulés dans le décret du 25 juillet 1893 ou du décret du 11 janvier 1909, lorsque ce dernier sera mis à exécution. Avant de s'inscrire pour les sessions d'examens, ils auront à faire parvenir par l'intermédiaire de M. le Ministre de l'Instruction publique, conformément à la circulaire ministérielle du 7 décembre 1901, au secrétariat de la Faculté de médecine, leur dossier de scolarité qui devra être conforme aux dispositions des décrets précités.

Veuillez agréer, monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération très distinguée.

GROSS,
Doyen de la Faculté.

GROUPEMENT DE L'E. D. P. ET DE L'A. G. D. F.

Le président de l'A. G. D. F. s'est rendu, sur convocation, le vendredi 25 juin 1909 en compagnie de MM. Blatter, Hugot, président d'honneur du Cercle odontologique de France, Lannois, ancien président de la même Société, au Ministère de l'Intérieur, pour renouveler la demande de croix faite en faveur de M. Léon Delair.

La délégation a été reçue par M. Winter, directeur du cabinet, remplaçant le Ministre empêché. Elle lui a remis la pétition corporative faite, conformément à la décision de l'Assemblée générale de l'A. G. D. F. du 24 janvier 1909, pétition signée par les Sociétés dentaires suivantes :

Association générale des dentistes de France.
Ecole dentaire de Paris.
— — de Lyon.
— de chirurgie et de prothèse dentaire de Bordeaux.
Société d'Odontologie de Paris.
— Odontologique de France.
— d'Odontologie de Lyon.
Cercle Odontologique de France.
Association des dentistes du Centre.
Société Odontologique de Bourgogne.
Association des dentistes de l'Est.

La pétition était également faite sous les auspices d'un Comité de patronage dont M. Claude Martin (de Lyon) avait accepté la présidence avec empressement et qui comptait un grand nombre de membres.

La délégation a reçu le meilleur accueil et la promesse que le Ministère s'efforcerait de donner satisfaction à cette manifestation professionnelle.

Ajoutons que M. le Sénateur P. Strauss a, de son côté, sur les instances de M. Godon et de ses collègues, appuyé cette nouvelle démarche auprès du Président du Conseil, avec le concours de M. d'Aulnay, sénateur de la Nièvre.

F. J.

L'ENSEIGNEMENT DENTAIRE EN ESPAGNE, EN PORTUGAL ET DANS L'AMÉRIQUE LATINE

L'article de M. Amoëdo que nous avons publié dans notre numéro du 15 avril dernier, p. 394, nous a valu, en ce qui concerne le Brésil, une lettre du Dr Amancio de Carvalho, doyen de l'Ecole de pharmacie, d'odontologie et d'obstétrique de Sao-Paulo, à M. Godon, dont nous reproduisons ci-après, sur sa demande, la partie essentielle.

« Il paraît résulter de l'article de M. Amoëdo que l'enseignement de l'art dentaire existe à peine à l'École libre d'odontologie de Rio de Janeiro, lorsqu'il est notoirement connu qu'à l'Ecole de pharmacie, d'odontologie et d'obstétrique de Sao-Paulo, dont j'ai l'honneur d'être le doyen, un des premiers établissements libres d'enseignement supérieur fondés au Brésil, dû à l'initiative privée, cet enseignement est donné depuis 1902. C'est même cette année-là qu'ont été créés les cours d'obstétrique et d'odontologie et que l'Ecole, qui n'enseignait que la pharmacie, a pris le nom qu'elle porte actuellement.

» Pour que vous puissiez vous faire une idée exacte de cette institution, je vous adresse le règlement et le programme d'enseignement qui vous donneront tous les détails nécessaires sur l'organisation de notre cours d'odontologie, qui a déjà conféré 178 diplômes de chirurgien-dentiste et est suivi actuellement par 104 élèves, dont 55 de la première série et 49 de la deuxième. »

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre la mort à l'âge de 80 ans, survenue le 15 juin dernier, de M. Jossu, receveur des postes en retraite, père de notre confrère M. Jossu, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

Nous adressons à notre confrère et à sa famille nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Mariages.

Nous apprenons le mariage de notre confrère M. Albert Tamisier, D. E. D. P., avec M$^{\text{lle}}$ Henriette Foy, célébré le 15 mai dernier, et le mariage de notre confrère M. Maxime Gaignon, avec M$^{\text{lle}}$ Marguerite Bibard, célébré le 12 juillet.

Nous adressons nos félicitations aux jeunes époux.

Réception à l'Ecole dentaire de Paris.

Les élèves de 3$^{\text{e}}$ année de l'Ecole dentaire de Paris, à la veille de quitter l'école, désireux d'exprimer de vive voix à leurs professeurs leur reconnaissance pour l'enseignement qu'ils leur ont donné pendant la scolarité, ont invité ceux-ci à une petite réunion qui a eu lieu le samedi 3 juillet à 10 heures du soir à l'Ecole.

MM. Paul Jean et Vérité, délégués des élèves, ont remercié le corps enseignant de son dévouement et de son enseignement et l'ont assuré de leur reconnaissance.

M. Godon a remercié, au nom des professeurs et M. Blatter a félicité les nouveaux diplômés de leur adhésion à l'A. G. D. F. et engagé tous les élèves à ne pas oublier, en quittant l'Ecole, qu'ils lui doivent tout leur savoir professionnel et à rester groupés dans l'Association.

GROUPEMENT

DE

L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

et de l'Association générale des Dentistes de France.

CHAMBRE SYNDICALE

Nous rappelons à MM. les opérateurs et mécaniciens s'adressant à nous que leur demande doit être envoyée par lettre au président de la Chambre syndicale, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

Ne pas oublier de stipuler les conditions : appointements pour Paris, Province, Etranger, capacités, spécialité, diplômes, âge, et toutes autres indications qu'ils jugeront utiles de nous donner dans leur intérêt.

Faute de quoi il est difficile de les mettre en rapport avec des confrères qui tous nous précisent leurs conditions.

AVIS

La Chambre syndicale ne peut tenir aucun compte des plaintes anonymes contre les personnes exerçant illégalement l'art dentaire.

Toute plainte contre un membre de la Société faisant de la réclame doit être adressée au président de l'Association et signée.

OFFRES ET DEMANDES

Réservées aux Membres du Groupement.

N° 306. — On demande bon mécanicien pour la Province (Est).
N° 308. — On demande bon mécanicien pour l'Amérique du Sud.
N° 313. — Mécanicien demande place.
N° 315. — Premier mécanicien demande place.
N° 317. — Opérateur demande place.
N° 319. — Opérateur demande place.
N° 321. — Opérateur demande place.
N° 323. — Opérateur demande place pour après-midi.
N° 327. — D.D.S., D.E.D.P. et D.F.M.P. demande place d'opérateur à Paris.

Nota. — Adresser les demandes par écrit à la *Chambre syndicale*, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, ou à *M. Delair*, président, 12, rue Cernuschi.

Prière aux Membres qui ont reçu satisfaction d'en aviser le Président.

29e ANNÉE. No 14 30 JUILLET 1909 VOL. XLII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

ESSAI DE CLASSIFICATION DES ANOMALIES, IRRÉGULARITÉS, VICES DE CONFORMATION DES DENTS, DES ARCADES DENTAIRES, DES MAXILLAIRES ET EN GÉNÉRAL DE TOUTES LES PARTIES DU CORPS HUMAIN

Rapport présenté aux membres de la commission de terminologie et de classification en orthodontie.

Par M. E. HUET, de Bruxelles.

Dans le cours de son évolution rapide, l'orthodontie, science de date relativement récente, n'a pu classer d'une façon universellement admise, les malpositions dont elle s'occupe. Les praticiens de renom qui se sont spécialisés dans cette branche ont, en effet, chacun pris, comme base de leur classement, un système différent.

Cette assemblée, réunie pour élucider la question, orientera, à n'en pas douter, ses recherches vers la clarté et la simplicité. Dans cet ordre d'idées, je soumets à votre appréciation quelques données générales, qui pourront peut-être présenter de l'utilité dans la recherche de la solution à intervenir.

Pour déterminer le caractère d'une malformation, il me paraît logique de prendre comme point de départ *l'organe* *normal en position normale.* Le type régulier servira donc de base au classement. La description anatomique et les mensurations donneront la position exacte des organes envisagés.

Les anomalies bucco-dentaires peuvent affecter différentes régions.

Un premier classement les répartira dans les grandes classes suivantes :

Maxillaires,
Arcades dentaires,
Dents,

Un second classement permettra de déterminer le caractère de la malformation. Si l'on veut, par exemple, spécifier les vices de conformation par déviation, quelques termes génériques :

Vers le dedans,
Vers le dehors,
Vers l'avant,
Vers l'arrière,
Vers le haut,
Vers le bas,
Rotation sur l'axe,

détermineront, par rapport à la base normale, tous les genres de déviation. Combinés avec ceux du premier classement, ces termes donneront la clef d'un grand nombre de malpositions.

EXEMPLES :

Organe atteint (1er classement).	*Déviation* (2e classement).
Arcade dentaire supérieure.	En déviation vers l'avant.
Incisive latérale supérieure droite.	En déviation vers le dedans.

Pour rendre cette classification complète, il faut d'abord énumérer tous les organes, parties d'organes, groupes d'organes et régions susceptibles d'être atteints d'anomalies, de vices de conformation ou de développement ; ensuite, énumérer ces anomalies elles-mêmes.

Dans la première catégorie, nous mettrons :

Régions.	Les maxillaires. Le maxillaire supérieur (gauche-droit). Le maxillaire inférieur (gauche-droit). Les arcades dentaires. L'arcade dentaire supérieure (gauc.-dr.). L'arcade dentaire inférieure (gauc.-dr.). L'articulation dentaire (dent sur dent). L'articulation dentaire (arcade sur arcade).
Organes.	Les dents. Les incisives. Les canines. Les prémolaires. Les molaires. Les dents de sagesse. Les dents temporaires.
Parties d'organes.	La couronne. La racine.

Dans la seconde catégorie nous rangerons :

Troubles de l'évolution.	Inclusion. Evolution retardée. Evolution précoce. Etc.
Vices de conformation par défaut.	Atrophie. Déformation. Atrésie. Etc.
Vices de conformation par déplacement.	Ectopie.
Vices de conformation par déviation.	Vers le dedans. Vers le dehors. Vers l'avant. Etc.
Vices de conformation par excès.	Hypertrophie. Organe surnuméraire. Etc.

Cette façon de procéder permet, dans les cas les plus compliqués, de déterminer d'une manière précise, en désignant les organes atteints, les irrégularités quelque complexes qu'elles soient.

Voici, à titre d'exemple, une anomalie fictive dont la détermination vous paraîtra, je l'espère, suffisamment explicite.

Maxillaires.	Normaux.
Arcade dentaire supérieure droite	En déviation vers le dedans.
— — gauche.	— —
— inférieure droite.	Normale.
— — gauche.	En déviation vers le dehors.
Incisives et canines du haut.	— — le haut.
— — du bas.	— — le bas.
Incisive latérale supér. gauche.	Atrophiée.
Entre incis. latérale supér. gauc. et canine supérieure gauche.	Présence de dent surnuméraire.
Quatre premières prémolaires.	Hypertrophiées.
Canine supérieure droite.	Incluse.

Cette méthode est *claire,* parce qu'elle fait un premier classement rationnel basé sur l'anatomie, elle est *simple,* parce qu'elle ne comporte qu'une série minime de termes ayant tous par eux-mêmes une signification précise ; elle peut être *universelle,* parce que chaque terme conserverait dans la traduction sa signification exacte. De plus, elle est perfectible, parce qu'elle permet de quitter le terrain de la définition des anomalies pour entrer dans le domaine de la classification des divers appareils employés en orthodontie.

Le classement dont je viens de vous entretenir n'est pas nouveau ; il fait partie des développements introduits aux tables de la classification décimale, développements que j'ai eu l'honneur d'exposer à la Société d'Odontologie de Paris le 3 décembre 1907[1].

---

[1] V. *Odontologie,* 30 janvier 1908, p. 57.

DAVIER ARTICULÉ POUR DENTISTES
dit Davier-Elévateur

Par M. VICTOR BERNARD (de Chartres).

(Communication à la Société d'Odontologie, 6 avril 1909.)

Mon invention a pour objet un davier pour dentistes, dont la disposition caractéristique permet de saisir la dent, de la luxer et de l'extraire d'une manière beaucoup plus simple, plus commode et plus certaine qu'on ne peut le faire avec les daviers actuels.

Pour obtenir ce résultat, je divise une des deux serres du davier en deux pièces distinctes que je réunis entre elles au moyen d'une articulation, et je relie l'une de ces pièces avec l'autre mâchoire du davier par un dispositif de guidage à coulisse, de manière que les extrémités des mâchoires, ou mors, du davier aient un mouvement de glissement l'une par rapport à l'autre, en même temps qu'elles sont rapprochées ou écartées, et obligent ainsi la dent saisie entre elles à basculer en même temps qu'elle est élevée.

Je puis articuler ainsi indifféremment l'une ou l'autre mâchoire du davier et même les deux, pourvu que la combinaison des articulations et des dispositifs de guidage produise le déplacement relatif requis d'une mâchoire par rapport à l'autre.

Le mouvement de bascule que mon davier permet d'imprimer automatiquement à la dent, par le simple rapprochement des grandes branches dans la main, est très avantageux en ce sens que l'opérateur n'a pas besoin d'incliner le davier en tous sens pour ébranler et luxer la dent, comme avec le davier ordinaire, et qu'il peut, par suite, opérer plus rapidement. En outre, le glissement relatif des mâchoires permet à l'une d'elles de pénétrer entre la racine de la dent et la gencive, de sorte que la dent peut être saisie, luxée et enlevée sans qu'une partie de la gencive soit arrachée avec elle. Enfin, comme la dent n'est serrée qu'à mesure qu'elle est basculée et élevée, elle risque beaucoup moins d'être

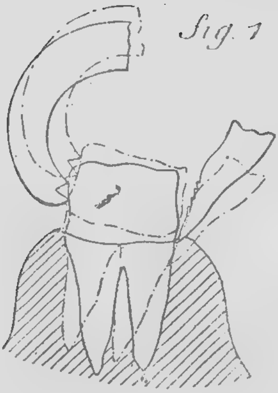


Fig. 1

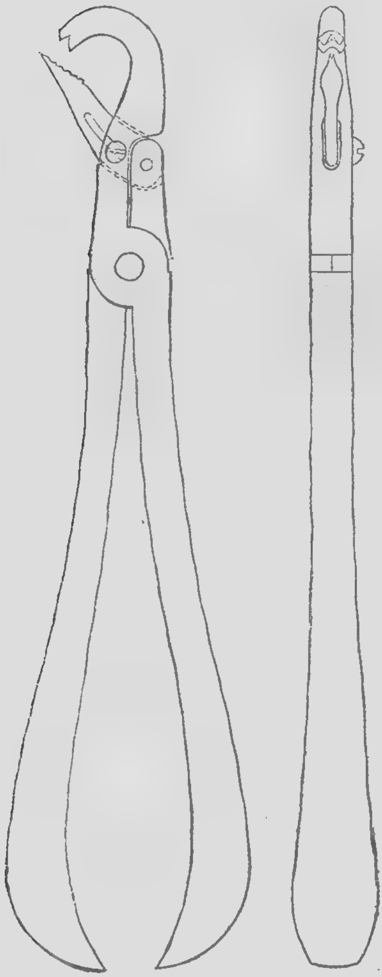


Fig 2

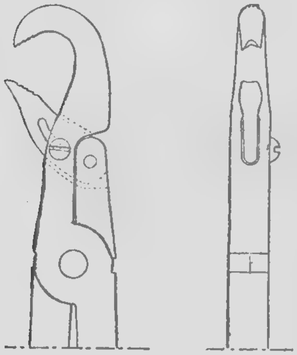


Fig 3

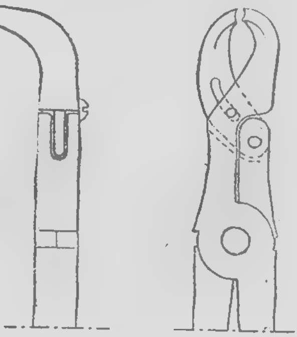


Fig 4

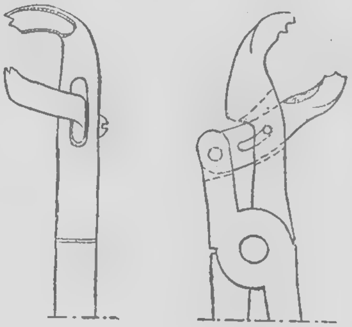


Fig 5

Fig. 6

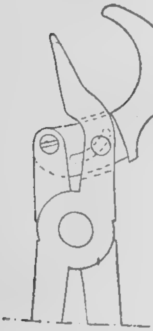


Fig. 7

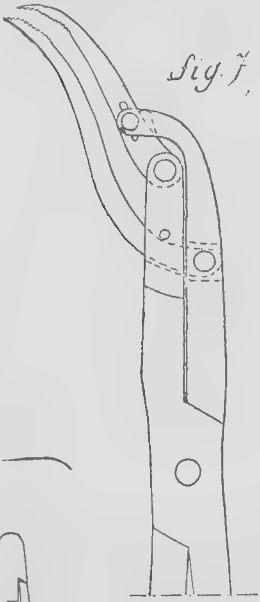


Fig. 12

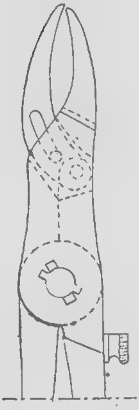


Fig. 9

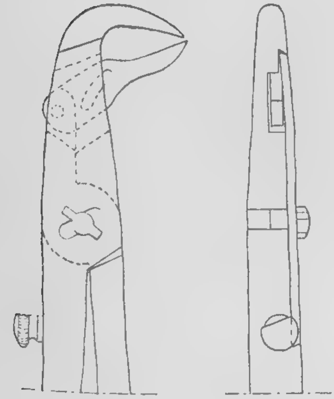


Fig. 11

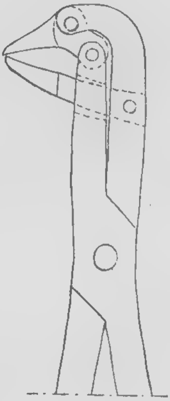


Fig. 8

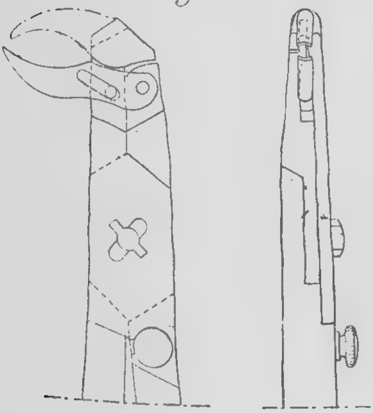
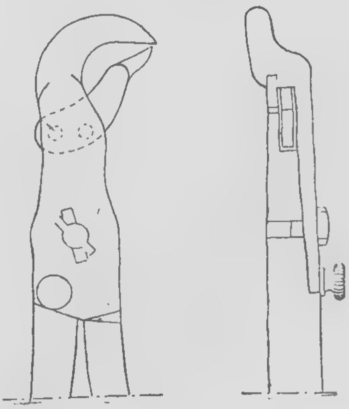


Fig. 10



émiettée, si elle est en mauvais état, que par un davier ordinaire avec lequel un serrage maximum doit être produit avant tout mouvement de bascule.

Le mouvement spécial des mâchoires est montré à la figure explicative 1 du dessin annexé où le tracé en trait plein indique la position des mâchoires au moment où une dent commence à être saisie par le davier. Les mors étant d'abord en contact avec la dent, le premier effet du rapprochement des branches est de faire glisser la pointe entre la racine de la dent et la gencive de manière que le davier peut saisir la racine sans déchirer la gencive. Le serrage continuant, la pointe cesse bientôt de glisser et bute contre la dent, de sorte que les pointes, tendant à se déplacer obliquement et vers le haut, obligent la dent à basculer sur la première pointe, et à se soulever comme l'indique le pointillé de la figure 1. La dent étant ainsi luxée ou décollée peut ensuite être retirée verticalement hors de son alvéole, sans effort ni difficulté.

J'ai représenté au dessin explicatif annexé plusieurs formes d'exécution de mon nouveau davier, que je me propose de dénommer « Davier-Elévateur » en raison de son fonctionnement particulier.

Parmi ces formes d'exécution, celles représentées aux fig. 8, 9, 10 et 12 sont agencées de telle façon qu'on peut facilement les démonter et les nettoyer dans toutes leurs parties, ainsi qu'il convient pour tout instrument chirurgical. Bien entendu, toutes les autres formes d'exécution peuvent aussi être rendues démontables par des moyens de construction semblables.

REVUE DES REVUES

ÉTUDE CHIMIQUE DES CIMENTS TRANSLUCIDES

Par Henry T. Dreschfeld, de Manchester.

Les matières obturatrices à notre disposition sont si nombreuses qu'il semble étrange qu'aucune ne possède des qualités convenables et entièrement satisfaisantes pour chaque cas. Nous pouvons dans notre arsenal trouver une matière qui conserve une dent, mais il est impossible d'en trouver une qui nous satisfasse entièrement au point de vue esthétique.

Toutes les matières ont des inconvénients : les unes changent de couleur lorsque la lumière les éclaire, d'autres présentent une ligne de démarcation au point de jonction du ciment et de l'inlay, d'autres enfin ne sont possibles que si la dent est morte. Souvent la manipulation en est si difficile qu'une aurification est plus aisée qu'un inlay.

Une matière obturatrice doit présenter les avantages suivants :

1° Couleur égale à celle des dents naturelles ;
2° Dureté et densité égales à celle d'une dent naturelle ;
3° Adhérence absolue aux parois ;
4° Insolubilité dans les liquides buccaux ;
5° Ni contraction ni expansion ;
6° Manipulation facile.

En 1878 Thomas Fletcher. de Warrington, prit un brevet en Angleterre et en 1879 un brevet en Allemagne pour la confection d'un ciment translucide. Ce brevet est la base de toutes les obturations translucides actuelles.

Dans le brevet anglais, son procédé consistait à dissoudre du phosphate ou du pyrophosphate d'alumine dans de l'acide phosphorique ou pyrophosphorique pour former une masse pâteuse. Une fois mélangée avec de l'hydrate d'alumine, de l'oxyde de zinc lourd ou de la magnésie, du silicate basique de zinc ou d'autres matières analogues avec lesquelles elle peut se combiner de la même manière, cette masse devient extrêmement dure, ressemble à de la porcelaine non vernissée et oppose une résistance singulièrement grande à l'action des liquides buccaux.

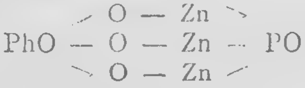
Dans son brevet allemand de 1879, Fletcher propose d'employer du silicate basique d'alumine combiné avec de la chaux et de l'oxyde de zinc comme ingrédients, de la poudre et du phosphate d'étain comme liquide.

Si nous comparons les matières obturatrices plastiques, l'oxychlorure de zinc et le phosphate de zinc avec le brevet de Fletcher, nous voyons aussitôt la différence de composition. L'oxychlorure de zinc est assez connu pour que nous n'en parlions pas ; quant aux phosphates de zinc, chaque fabricant a, ou prétend avoir, une formule différente non seulement pour la poudre, mais pour le liquide.

Néanmoins la poudre de phosphate de zinc consiste en oxyde de zinc pur comme ingrédient principal, auquel le fabricant ajoute, dans des proportions variées, de l'acide borique, du flint glass, du kaolin, de la craie, de la magnésie, de l'oxyde d'étain et d'autres matières ou métaux. Ces matières ou métaux sont mélangés avec de l'acide nitrique dilué, cuits dans un creuset en terre de Wedgwood, séchés puis fortement recuits et pulvérisés.

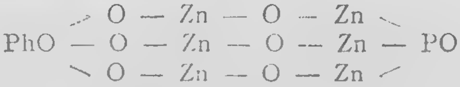
A l'origine, le liquide pour ces ciments consistait en une solution cristallisée d'oxyde de zinc dans de l'acide pyro, méta ou orthophosphorique qui, mélangé avec la poudre, donnait à la masse une formule très compliquée, que les chimistes n'ont pas encore résolue en raison de la particularité chimique de ces acides phosphatés.

La masse contient probablement



$$\mathrm{PhO}\begin{array}{l} \nearrow \mathrm{O} - \mathrm{Zn} \searrow \\ - \mathrm{O} - \mathrm{Zn} - \\ \searrow \mathrm{O} - \mathrm{Zn} \nearrow \end{array}\mathrm{PO}$$

ou du phosphate basique de zinc



$$\mathrm{PhO}\begin{array}{l} \nearrow \mathrm{O} - \mathrm{Zn} - \mathrm{O} - \mathrm{Zn} \searrow \\ - \mathrm{O} - \mathrm{Zn} - \mathrm{O} - \mathrm{Zn} - \\ \searrow \mathrm{O} - \mathrm{Zn} - \mathrm{O} - \mathrm{Zn} \nearrow \end{array}\mathrm{PO}$$

mélangés tous deux avec un excès d'oxyde de zinc.

Le vieux dentinogène de Rostaing est peut-être le meilleur représentant de cette catégorie d'obturation. Les obturations avec de l'acide cristallisé sont, croit-on, celles qui durent le plus longtemps dans la bouche et, pour ma part, je suis grand partisan des ciments qui ont l'acide en cristaux. Leur emploi présente peu de difficultés, mais exige quelques soins, car chaque obturation veut qu'une partie de l'acide soit fondue séparément. Les acides cristallisés étant difficiles à manier, il y a 16 ans environ les fabricants ont produit la forme actuelle de liquide. Dans cet acide fluide, on rencontrait d'abord de l'hydrate d'alumine ; depuis, l'hydrate d'alumine a remplacé une partie ou la totalité de l'oxyde de zinc qui primitivement s'ajoutait à l'acide phosphorique.

Dans le brevet Fletcher l'alumine et le silicate remplacent l'oxyde de zinc dans les ciments à l'oxyphosphate ; mais ce ciment n'adhère pas aux parois de la cavité, il est cassant et d'un maniement difficile. Les ciments au phosphate, au contraire, sont de manipulation aisée et adhèrent aisément à la cavité ; c'est ce qui les a fait préférer.

Les Allemands ont rajeuni le brevet Fletcher et donné le jour aux ciments Ascher et Harvardid. Tous les deux contenaient au début de l'alumine, de la silice, de l'acide phosphorique, du beryllium et certains alcalis. Depuis, cette composition a été modifiée.

Au début Ascher attachait la plus grande importance à une proportion élevée de beryllium et une faible proportion d'alumine pour la poudre, tandis que le liquide consistait dans une solution aqueuse d'acide phosphorique avec addition d'hydrate d'alumine. Dans l'Harvardid, la proportion de phosphate d'alumine domine ; l'acide consiste aussi dans une solution aqueuse d'acide phosphorique et d'hydrate d'alumine, additionné de beryllium. Les autres ingrédients des deux préparations sont à peu près identiques comme matières et proportions : silice, chaux, kaolin, zinc. Une des préparations est au silicate d'alumine, l'autre au phosphate d'alumine. La dernière analyse du ciment Ascher montre que la quantité de beryllium a été diminuée et celle de l'alumine augmentée, se rapprochant davantage du Harwardid ; ce dernier, en raison de sa forte proportion d'alumine, est le plus translucide.

On ne peut donner que des formules *approximatives* de ces ciments. Celle de l'Ascher peut être

$$12\ Ca\ Si\ O_3 + 14\ Be\ Si\ O_3 + 13\ Al_2\ (PhO_4)_2 + \times\ Si\ O_2 + \times\ H_2\ O$$

Celle de l'Harvardid

$$6\ Ca\ Si\ O_3 + 4\ Be\ Si\ O_3 + 13\ Al_2\ (PhO_4)_2 + \times\ Si\ O_2 + \times\ H_2\ O$$

Ces matières obturatrices, quand elles ont pris, exigent de l'humidité pour être translucides. A l'air elles perdent leur vernis en totalité ou en partie, en raison de la perte de l'eau de cristallisation. Si l'humidité vient en contact avec elles, avant qu'elles aient complètement pris et durci, la cristallisation est empêchée par la dilution de l'acide ; il faut donc que toute la salive soit chassée jusqu'à ce que l'obturation ait pris. Des expériences faites dans la bouche et en dehors de la bouche prouvent ce fait et chacun peut répéter l'expérience en obturant une dent dans la bouche, prenant une partie de la matière obturatrice qui est par-dessus, la plaçant dans un flacon d'eau à la température du corps et en plaçant un deuxième morceau dans un flacon vide bouché. Un troisième morceau peut être placé dans un flacon vide débouché. En peu de temps, on constate que le n° 2 et le n° 3 ont perdu une partie de leur transparence et pris un aspect sombre, le n° 3 plus rapidement que le n° 2, tandis que l'obturation dans la bouche et la masse dans la bouteille contenant l'eau à la température du corps présente peu de changement sur sa demi-transparence ou même pas du tout.

J'ai basé ma communication sur les deux ciments Ascher et Harvardid, parce qu'ils sont les plus anciens et parce que je les ai employés dès le début. Ce sont les frères aînés d'une famille promettant d'être nombreuse ; j'ai donc peu à dire de leurs nombreuses imitations. Quelques-unes sont excellentes ; mais avec les matières obturatrices, il est impossible de formuler une opinion à moins d'avoir fait une expérience soignée et même, avec une expérience très soignée, le temps seul peut donner la preuve positive si nécessaire au succès.

L'Astral et le Porcelainoïd semblent avoir un grand succès. Je puis dire beaucoup de bien du premier ; il est préparé avec grand soin et très scientifiquement.

Je suis convaincu que l'arsenic trouvé primitivement dans ces préparations n'y a pas été introduit à dessein ; il devait se trouver dans les produits commerciaux, que les différents fabricants employaient. On prend grand soin maintenant de faire disparaître toutes les traces de ce fléau.

En résumé j'ai obtenu beaucoup de mauvais résultats avec tous les ciments que j'ai essayés ; mais dans ces derniers temps les perfectionnements ont été très marqués, surtout avec l'Ascher et l'Harvardid. Je préfère le dernier, parce qu'il prend plus lentement que l'autre et parce qu'il paraît plus translucide une fois pris.

(*Brit. Dent. Journ.*, 1er octobre 1907.)

REVUE ANALYTIQUE

La vaccination de Wright contre les maladies bactériennes. — Mort après anesthésie au protoxyde d'azote. — Le sulfate de cuivre dans le traitement de l'actinomycose. — Corps étranger dans la trachée. — L'homme préhistorique.

La vaccination de Wright contre les maladies bactériennes.

Wright assure, d'après ses recherches, que les liquides sanguins contiennent des substances qui entravent l'action phagocytaire des cellules du sang, modifient les bactéries, les affaiblissent et en préparent la digestion par les leucocytes. Il donne à ces éléments le nom d'*opsonines*, qu'il tire du grec. Il s'ensuit, s'il a raison, que pour augmenter la résistance à l'invasion bactérienne, il faut augmenter les opsonines et non comme le dit Metchnikoff, augmenter le nombre des leucocytes. Nous savons qu'il y a des substances qui ont cette action, et que sur certains points lésés on trouve les phagocytes en nombre bien plus grand, mais Wright prétend que cette augmentation n'est pas aussi nécessaire que celle des opsonines.

(Dent. Rec.)

Mort après anesthésie au protoxyde d'azote.

Louisa Allen, 30 ans, souffrant de névralgie, avait suivi un traitement médical pendant trois mois. Puis elle fut envoyée à la campagne pour trois semaines, mais la névralgie persistait. Elle se présenta alors à un dispensaire pour maladies nerveuses où on lui conseilla de consulter un dentiste. Celui-ci lui enleva quatre dents sous le protoxyde d'azote. Quelque temps après elle revint chez lui pour se faire enlever d'autres dents. Le dentiste administra du protoxyde d'azote au moyen du masque, procéda à l'extraction ; la patiente était dans un état normal, quand deux minutes après elle perdit connaissance et mourut. L'examen médical établit que la mort était due à une syncope sous l'influence d'un anesthésique par suite de dégénérescence graisseuse du cœur.

(Dental Era.)

Le sulfate de cuivre dans le traitement de l'actinomycose.

M. Truman Brophy a présenté une communication sur ce sujet à la troisième section de l'Association dentaire nationale américaine. Après avoir examiné l'origine de la maladie, il expose les quatre formes sous lesquelles elle se présente chez les bovins et les quatre voies différentes par lesquelles elle peut être transmise à l'homme. Avant tout il faut établir le diagnostic et pour cela examiner le pus au microscope. Le diagnostic établi, instituer le traitement qui consiste dans l'évacuation du pus, le lavage à fond des sinus avec de l'eau stérile, le curetage du tissu granulé dans la poche, enfin la conservation du drainage et de fréquentes irrigations de la cavité.

Pour irriguer les cavités abcédées, il emploie une solution à 1/2 0/0 de sulfate de cuivre, qu'il porte à 1 0/0 une semaine après les premières injections. La première solution est destinée à accoutumer les tissus à sa présence. Ces injections se font deux fois par jour et le sulfate de cuivre est administré à l'intérieur par doses de 1 centigr. 1/2 à 3 centigr. trois fois par jour. Les pansements en contact avec la peau peuvent également être saturés d'une solution à 1 0/0 de sulfate de cuivre. En même temps que le traitement interne, on peut employer avantageusement l'iodure de potassium à dose de 60 centigr. trois fois par jour.

(*Dent. Cosm.*, avril 1908, p. 344.)

Corps étranger dans la trachée.

Un homme d'âge moyen s'adressa à un dentiste anglais pour se faire poser une couronne d'or sur une bicuspide inférieure gauche. Le praticien avait adapté la bague, pris une empreinte et enlevait la bague avec un instrument quand elle sauta à l'arrière de la langue et fut avalée en un clin d'œil. Le patient toussa légèrement. Le dentiste lui conseilla de ne pas s'inquiéter, disant que l'objet s'en irait sans doute à la première selle. Il revint plusieurs fois sans se plaindre de rien quand une dernière fois il déclara avoir toussé violemment dans la nuit et rendu la bague tout enveloppée de mucus. La seule raison que le praticien donne de l'absence de symptômes inquiétants, c'est que la bague se trouvait sur le même axe que la trachée et gênait peu la respiration.

(*British Dental J.*, 1er juin 1908, p. 508.)

L'homme préhistorique.

Nous avons publié dans ce journal les résultats de la découverte d'un crâne faite à la Chapelle-aux-Saints, découverte qui avait fait conclure qu'on se trouvait en présence d'un homme préhistorique.

Depuis, M. Marcelin Boulle est retourné dans la grotte et y a trouvé d'autres ossements qui lui ont permis de revenir sur sa conclusion première et d'établir qu'il se trouvait en face d'un anthropoïde.

De son côté, M. Florentin Ameghino a trouvé en Patagonie, dans le terrain éocène supérieur, des crânes et des ossements qu'il attribue à l'homme primitif (homunculus). Cet être était petit et chétif. Il avait six molaires, moins développées que les nôtres. Ce n'était pas un grimpeur, non plus que ses ancêtres. Pour cet auteur, ainsi que cela résulte du volume de 600 pages, qu'il consacre à la question, ce n'est pas l'homme qui apparaît comme un singe perfectionné, mais,au contraire, les singes qui apparaissent comme des hommes bestialisés.

(*La Prensa*, de Bueno-Ayres.)

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Le bicarbonate de soude pour lavage de la bouche. — Le bicarbonate de soude constitue un excellent moyen de débarrasser la bouche de ses mucosités. Dissoudre une tablette de cet agent et laisser la langue distribuer la solution par une sorte de massage sur les diverses faces des dents et la bouche est à la fois nettoyée et agréablement rafraîchie. *(Dent. Rev.)*

Ménagement des bords gingivaux. — En assurant le traitement prophylactique des dents il y a danger de détruire la fonction normale du bord gingival. Le point d'attache le plus important de la membrane péridentaire est ce bord gingival, c'est-à-dire les quelques fibres qui unissent les dents au tissu gingival et si l'on détruit ces fibres on fait de la place aux sécrétions muqueuses et l'on favorise la pyorrhée alvéolaire. Il faut donc prêter une grande attention quand on emploie des instruments de nettoyage pour le collet des dents. *(Dent. Rev.)*

Conservation de l'eau oxygénée. — La présence d'une faible proportion d'acide minéral comme préservatif de l'eau oxygénée (3 o/o) présente des inconvénients quand elle est nécessitée par la désinfection de la bouche ou la dentisterie. Pour y obvier, Arndts, de Paderborn, prépare une solution d'eau oxygénée contenant, au lieu d'acides minéraux, 1/60 de tannin. *(Deut. Am. Apoth. Zeit.)*

Extraction des dents abcédées. — Il n'y a pas plus de raison pour conserver une dent abcédée parce que la figure est enflée qu'il n'y en a pour garder une écharde dans la main, un morceau de verre dans le pied ou un morceau d'acier dans l'œil jusqu'à ce que l'inflammation ait disparu, avant d'essayer de l'enlever, car les états pathologiques sont identiques. *(It. of Int.)*

Traitement de la gencive par la chloropercha avant la pose d'une couronne. — Quand on a meulé la racine et qu'on scelle une couronne au niveau de celle-ci, l'acide du ciment agit sur la blessure et provoque une incommodité analogue à celle qui suit l'application de sel ou de vinaigre. Cette incommodité diminue quand le ciment prend, mais est désagréable quand elle dure. Pour calmer la douleur ainsi provoquée et celle qui peut accompagner la pose de la couronne, sécher la racine et la gencive voisine, puis les badigeonner de chloropercha. L'effet est immédiat et le patient est à peine incommodé. *(Dent. off. and Lab.)*

Réparation de la digue. — Pour réparer une digue, placer sur les trous de petits morceaux de caoutchouc avec une pâte de gutta-percha dissoute dans le chloroforme. Pour avoir le degré voulu d'adhésivité, cette pâte doit avoir la consistance de la crème. Elle rend également des services pour d'autres opérations dentaires. *(Journal odontolog.)*

Enlèvement de la rouille des instruments. — La paraffine semble le meilleur préservatif contre la rouille. Dissoudre 1 partie de paraffine dans 1 kil. 900 de benzine et plonger les instruments dans la solution après les avoir soigneusement essuyés et séchés. Laisser la benzine s'évaporer sur les instruments chauffés. *(Gaz. méd. de Paris.)*

Matière d'investissement. — M. Brunton, de Leeds, recommande la suivante : sable blanc propre, 2 parties ; plâtre de Paris, 1 partie (en volume). Mélanger, puis malaxer avec une solution saturée d'aluminate de potasse dans l'eau. La prise en est rapide. La pâte peut être placée toute humide dans le four sans danger de retrait ou de rupture. Après la soudure, elle se pulvérise facilement entre les doigts. *(Brit. Dent. J.)*

Anesthésie dentaire par la « novocaïne ». — La *novocaïne*, de la Maison Meister Lucius et Brüning de Hœchst-sur-Mein, présentée par MM. Quintin et Pitot à la Société d'Odontologie de Paris, est préparée, sous forme d'ampoules et de comprimés, en France par le laboratoire Duputel à Creil (Oise).

La préparation se fait avec ou sans suprarénine.

Les ampoules et comprimés C et E contiennent des mélanges de novocaïne et de suprarénine ; les ampoules et les comprimés F seulement de la novocaïne. Les solutions livrées sont isotoniques.

Les ampoules et comprimés C sont destinés spécialement à l'anesthésie de la pulpe et de la dentine ; les ampoules et comprimés E à l'extraction des dents.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 24 mai 1909.

A l'occasion de la célébration de la réforme des études dentaires et du trentenaire de la création des premières sociétés dentaires françaises et de l'enseignement odontologique, la Société d'Odontologie s'est réunie le lundi soir 24 mai 1909, à l'Ecole dentaire de Paris.

M. Barrié, président, ouvre la séance à 9 heures, en présence de cent cinquante personnes environ.

Il souhaite la bienvenue aux confrères qui sont venus nombreux de la province et aussi de Belgique, de Suisse et d'Espagne.

Le secrétaire général donne lecture d'une lettre de M. B. Cunéo qu'une douloureuse maladie empêche de faire la conférence portée à l'ordre du jour.

Le président annonce, en conséquence, que M. Frey a bien voulu hâter l'élaboration d'un travail en cours, afin d'être prêt à faire devant la Société la conférence qui terminera la séance.

I. — ALLOCUTION DE M. BARRIÉ.

Mes chers confrères,

Le hasard m'a bien favorisé, puisque, en qualité de président de la Société d'Odontologie, j'ai à prendre ce soir la parole dans cette nombreuse réunion, qui clôture dignement cette belle fête du trentenaire de la création des premières Sociétés dentaires françaises et de l'enseignement odontologique.

Plusieurs d'entre nous, et ceci ne nous rajeunit pas, ont assisté à la naissance de ces divers Groupements professionnels. Emmanuel Lecaudey, Charles Godon, Poinsot, Delair, Pillette, Jourd'heuil, Georges Viau, Carbonnel, Aubeau, Thomas, Dubois, Chauvin, Levett, Bioux et Claser (combien hélas de disparus) tous ces braves gens, cette poignée de confrères qu'aucune envie, aucune haine ne divisait, mais qu'unissait au contraire une vive sympathie, une franche et réelle amitié, eurent foi dans l'œuvre commune, et s'attelèrent à la besogne chacun selon ses moyens, avec le plus profond désintéressement.

Ces apôtres d'un nouveau genre marchèrent comme un seul homme à la conquête du monde savant, du monde politique et médical, et vous savez comme leurs efforts furent couronnés de succès.

Voici ce que disait M. Blocman, chargé à cette époque d'en faire l'historique.

« Messieurs, c'est à l'infatigable initiative de M. Godon, secrétaire général de l'Ecole dentaire que nous devons d'assister le 6 décembre 1881, à la première réunion préparatoire d'organisation de la Société. »

Un Comité d'organisation fut nommé et se composait ainsi : MM. Aubeau, Levett, Ramonat, Thomas, Godon, Jourd'heuil, Pillette, Poinsot et G. Viau. Le règlement fut adopté dans la séance du 30 décembre 1881 et c'est encore celui qui nous régit actuellement.

Notre Société actuelle d'Odontologie prit d'abord le titre de « Association scientifique de l'Ecole dentaire de Paris », puis le 6 décembre 1881, trente membres donnèrent leur adhésion à la formation d'une Société d'Odontologie.

A la séance du 25 mars 1884, l'Association scientifique de l'Ecole prit définitivement le nom de Société d'Odontologie de Paris, et le 23 avril 1884, M. Charles Godon fut chargé par le Conseil de direction d'en ouvrir la première séance. Emmanuel Lecaudey en fut le premier président, MM. Aubeau et Poinsot en furent les vice-présidents.

Mes chers confrères, notre temps ce soir est précieux et je désire céder le plus tôt possible la place aux orateurs qui vont me succéder : il serait d'ailleurs fastidieux de vous citer les noms des savants, des médecins, des chirurgiens, des confrères distingués qui se sont succédés à cette tribune depuis trente ans ; de même que les noms des présidents qui ont eu l'honneur de diriger nos discussions scientifiques, depuis cette époque : qu'il me soit permis de dire en passant que le journal *L'Odontologie* qui publie nos procès-verbaux et nos communications, habilement dirigé par M. Godon et son rédacteur en chef M. Roy, est lu dans le monde entier, et de plus en plus apprécié par sa valeur scientifique et littéraire et que la Société d'Odontologie n'a fait que prospérer depuis sa fondation en prenant une part extrêmement active au progrès professionnel sous toutes ses formes, qu'il s'agit de Congrès, de nouvelles théories scientifiques, d'un point de technique professionnelle, d'une invention nouvelle, du relèvement moral des membres de la profession : enfin il m'est très agréable de rappeler que c'est grâce à l'action de cette Société et à l'activité déployée par deux de nos prédécesseurs MM. Touchard et Touvet-Fanton qu'une Commission fut chargée par notre Groupement de l'étude de la réforme des études dentaires, dont nous fêtons aujourd'hui la réalisation.

Mes chers confrères, mes collègues du bureau et votre président s'unissent à vous pour souhaiter prospérité et longue vie à notre chère Société, pour le plus grand bien de la science odontologique.

II. — OPÉRATION POUR ATRÉSIE CICATRICIELLE DU PHARYNX, PAR M. C. J. KŒNIG.

M. Kœnig donne lecture de son travail (publié dans le nº du 15 juillet, p. 5).

III. — PRÉSENTATION D'UN ENFANT PORTEUR D'UN DILATATEUR DU PHARYNX NASAL, SYSTÈME DELAIR, CONTRE LA SYMPHYSE PALATO-PHARYNGIENNE, PAR M. DELAIR.

M. Delair donne la description de l'appareil qu'il a imaginé pour la petite malade qui a fait l'objet de la communication de M. Kœnig (La communication de M. Delair a été publiée dans *L'Odontologie* du 15 juillet, p. 12).

La petite malade est ensuite présentée et examinée par un certain nombre d'assistants ; on remarque l'aisance avec laquelle elle retire et remet l'ingénieux appareil imaginé par M. Delair et dont il vient de décrire le mécanisme.

M. Delair montre ensuite un autre malade qui présente un cas identique et qui sera justiciable du même traitement.

M. le président adresse ses félicitations à MM. Kœnig et Delair pour leur communication ; la solution qu'il ont donnée de la question est tout à fait nouvelle ; il les remercie d'avoir bien voulu en réserver la primeur à la Société d'Odontologie.

IV. — ESSAI DE CLASSIFICATION DES ANOMALIES, VICES DE CONFORMATION DES DENTS, DES ARCADES DENTAIRES, etc., PAR M. HUET (de Bruxelles[1]).

M. Huet donne lecture d'une communication sur ce sujet.

Le président remercie M. Huet de son intéressant exposé ; sur la proposition de MM. Touchard et Villain, M. Huet est nommé membre de la commission de terminologie.

V. — LES SÉRUMS ET L'IMMUNITÉ. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA DÉFENSE BUCCALE, CONFÉRENCE PAR M. FREY.

M. Frey traite de ce sujet tout d'actualité dans une conférence dont le texte sera prochainement publié, et qui vaut à l'auteur les applaudissements et les remerciements unanimes de l'assistance.

La séance est levée à minuit.

Le secrétaire général,
HENRI DREYFUS.

---

[1] V. plus haut, p. 49.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS DENTAIRE DE BALE

Par A. THIOLY-REGARD, D. E. D. P.

La 24e assemblée générale annuelle de la Société Odontologique Suisse, réunie à Bâle les 5, 6 et 7 juin 1909, sous la présidence de M. A. Senn, de Zurich, comptait plus de 100 médecins-dentistes.

Dans son rapport annuel le président mentionne l'état toujours prospère de la Société et donne connaissance des principaux faits qui se sont écoulés au cours de l'année sociale.

Par suite de la démission du rédacteur allemand de la *Revue Trimestrielle Suisse d'Odontologie,* M. T. Montigel, d'Andermatt, a bien voulu accepter de le remplacer.

Le Congrès dentaire international de Berlin fait l'objet d'une recommandation spéciale et donne lieu à un exposé complémentaire de renseignements.

M. Senn salue d'une façon bien cordiale la présence de deux confrères étrangers : M. O. Amoëdo, délégué officiel de la Société Odontologique de Paris, ainsi que M. Richelmann, de Strasbourg.

12 nouveaux membres sont admis.

Le président M. Senn qui s'est dépensé sans compter pendant trois années consécutives pour assurer la bonne marche de la Société, ayant déclaré qu'il n'acceptait pas un nouveau mandat, l'élection du Comité appelle à la présidence M. A. Steiger, de Lucerne.

Un certain nombre de questions d'ordre administratif sont encore abordées, ainsi que la discussion de trois propositions concernant des articles à modifier dans le règlement des examens fédéraux de médecine.

Sur la proposition des médecins-dentistes bernois, le prochain Congrès dentaire suisse aura lieu à Berne en 1910.

Après le repas du soir, les congressistes se rendaient au Schützenhaus, où une soirée récréative avait été organisée par les confrères de Bâle.

Le dimanche 6 juin à 9 heures du matin, le président Senn ouvre la 1re assemblée professionnelle.

M. W. Thiersch, de Bâle, traite la question de l'immobilisation des dents ébranlées dans le cas de pyorrhée très avancée.

Il débute par une étude sur l'étiologie et le traitement de cette affection provenant soit d'un défaut d'hygiène, soit de troubles généraux constitutionnels.

Tout en reconnaissant qu'un nettoyage consciencieux et une propreté minutieuse, ou un traitement général approprié peuvent favoriser la guérison, il se rencontre malheureusement des cas où par suite d'atrophie osseuse et gingivale les dents restent branlantes, il ſaut alors maintenir celles-ci à l'aide d'appareils prothétiques.

Au moyen de planches dessinées et d'appareils, il passe à la description des divers moyens proposés pour assurer l'immobilisation ; en particulier des pièces à pont, qui fixent les dents chancelantes préalablement dévitalisées, en les maintenant au moyen de coiffes pour les molaires, et d'inlays coulés avec pivots courts cimentés dans de petits canaux creusés à la face linguo-supérieure des dents, pour les incisives et les canines.

Il critique le procédé qui consiste à maintenir les dents au moyen de larges anneaux soudés qui descendent jusqu'au niveau de la gencive, parce que, tôt ou tard, l'impossibilité du nettoyage gingival produit de nouveaux désordres.

Il préconise donc l'emploi des coiffes et des inlays coulés avec pivots courts appliqués à la partie supérieure des couronnes, de façon à laisser libres les intervalles gingivaux du collet ; les liquides employés en gargarismes peuvent ainsi passer au travers et nettoyer ces intervalles.

Il conseille de dévitaliser toutes les dents à couronnes.

Il démontre en outre un exemple d'ancrage d'une pièce à pont sur des dents fortement cariées, reconstituées à l'aide d'inlays d'or fixés au ciment.

Il présente plusieurs types d'appareils, de pièces à pont, maintenus à l'aide des moyens de fixation précédemment décrits.

M. Frick, de Zurich, ne veut pas mettre en doute les bons résultats obtenus par l'immobilisation des dents ébranlées par rétention de la partie supérieure des couronnes laissant libre les intervalles gingivaux ; mais il croit qu'il est assez difficile de maintenir ces intervalles absolument propres ; on peut donc se demander si dans certains cas, surtout lorsque les dents sont courtes, il n'est pas préférable de laisser descendre jusqu'au niveau de la gencive, les bagues qui entourent les dents.

M. Senn est d'avis qu'il ne faut pas abuser des appareils de maintien ; souvent des pyorrhées très avancées se sont amendées devant un traitement, un nettoyage soigneusement effectués et des soins antiseptiques. Il souligne l'utilité des pointes de feu qui ont le précieux avantage de faire resserrer les tissus gingivaux. Il conclut en disant que le traitement hygiénique ou thérapeutique doit toujours être rigoureusement essayé avant d'instituer des procédés d'immobilisation au moyen d'appareils gênants et coûteux.

M. Frochner, de Zurich, a eu, comme M. Senn, l'occasion d'observer des cas de guérisons de pyorrhée par un traitement approprié; il a également reconnu les bons effets de l'ignipuncture, mais il est essentiel de saisir le moment favorable pour commencer le traitement thérapeutique ; en cas d'échec, on pourra toujours utiliser les appareils de maintien lorsque les dents resteront mobiles.

M. O. Richelmann, de Strasbourg, est ensuite prié de démontrer son procédé de coulage et de décrire les modifications apportées à sa presse pour les blocs métalliques coulés. Cette presse se différencie de la presse Solbrig par le fait qu'elle est montée sur un trépied ce qui permet de simplifier la manipulation. Un brûleur à gaz étant placé sous le trépied, le brûlage de la cire, le chauffage du moufle, la fonte de l'or et la pression-coulage se font sans transport ni perte de chaleur.

Avec cette presse, il obtient des pièces métalliques coulées, tels que : inlays, couronnes avec bagues sans soudure, pièces à pont, etc.

En outre, pour montrer tout le parti que l'on peut tirer de ce procédé de coulage, il présente de petits bouquets d'or coulé, de feuillages, de fleurs dont la finesse des détails fait l'admiration des auditeurs.

Il donne un certain nombre d'indications utiles pour réussir ces travaux.

Le revêtement dont il se sert est composé de :

Sable de lac.	parties égales.
Plâtre	

Il faut attendre le durcissement au moins une demi-heure avant de commencer à chauffer, d'abord lentement, à l'aide d'une petite flamme, pour augmenter ensuite jusqu'au moment où l'on se servira de la soufflerie. Il ne suffit pas que l'or soit fondu, il faut le surchauffer un moment de plus, jusqu'à ce qu'il commence à tourbillonner.

Enfin M. Richelmann démontre la façon de se servir de sa presse en coulant une petite pièce à pont avec bagues sans soudure.

Après que le président M. Senn eut adressé au démonstrateur, des remerciements mérités, M. Gysi ajoute quelques mots au sujet du revêtement. Le sable doit être absolument libre de chaux, seul le sable de quartz sera utilisé. Les sables douteux qui seraient soupçonnés de contenir de la chaux devront être préalablement traités par les acides.

M. T. Montigel, d'Andermatt, donne l'analyse d'un travail sur *Le principe d'un traitement rationnel de la gangrène de la pulpe*, publiée par M. Mayrhoffer, professeur à l'Université d'Insbrück, lequel prétend que la masse gangréneuse contenue dans un canal radiculaire infecté, ne peut être désinfectée ; il préconise le baume du Pérou pour traiter et obturer les canaux infectés.

M. Montigel, après s'être étendu sur les procédés modernes pour désinfecter les canaux, tout particulièrement par le trikrésolformol et avoir décrit les principaux microbes qui se rencontrent dans les racines infectées, combat les théories et les expériences de Mayrhoffer qui accuse les streptocoques de jouer le rôle principal dans l'étiologie de la carie dentaire et néglige de s'occuper de groupes importants de bactéries, spécialement les anaérobies qui tiennent le premier rôle dans l'étiologie de la gangrène de la pulpe.

Il conclut en prétendant que les expériences de Mayrhoffer n'ont pas été sérieusement conduites, que le baume du Pérou n'est pas capable de produire la désinfection des canaux radiculaires et que son emploi ne peut procurer que des déceptions.

M. Senn croit que l'efficacité du traitement dépend du degré de l'infection des tissus péri-apicaux ; pour être certain que ces tissus sont absolument sains et n'avoir pas à craindre des inflammations consécutives, il faut, après la désinfection du canal, introduire jusqu'à l'apex et laisser à demeure pendant quelques heures une mèche de coton, pour contrôler si le canal est encore infecté.

M. G. Preiswerk résume rapidement le résultat de ses expériences concernant le traitement de la gangrène de la pulpe. Il doute que le baume du Pérou agisse véritablement comme un antiseptique supérieur ; il termine en faisant ressortir l'importance de ne pas pousser des matières septiques par l'apex.

A midi et demi, un lunch est servi dans une des salles de fête du Casino.

Une délicieuse excursion à Mariastein occupe agréablement le reste de l'après-midi.

Le soir à 8 heures, le banquet officiel préparé à la Schlüsselzunft, donnait l'occasion à MM. Senn, Amoëdo, Guye et Grosheintz de porter des toasts très applaudis.

Le lundi 7 juin eût lieu la reprise des travaux dès 9 heures du matin.

M. Paul Preiswerk, de Bâle, disserte avec compétence sur les modifications histologiques observées sur les dents des rats privés de la glande thyroïde. Après avoir rappelé la constitution anatomique et les propriétés physiologiques de cet organe, il cite de nombreuses expériences où l'extirpation de cette glande a produit chez des rats soumis à ces expériences des défauts de calcification et des désordres consécutifs dans la région alvéolo-maxillaire.

La sortie des dents se fait mal, la pousse est entravée, les couronnes montrent une insuffisance calcaire, elles deviennent cassantes, des pulpites se déclarent, des abcès surviennent prouvant ainsi l'influence de la glande thyroïde normale sur les tissus dentaires.

M. O. Amoëdo, de Paris, qui a déjà fourni un important travail publié il y a dix ans, *Sur l'identification par les dents*, revient sur cette question que le récent drame du consulat allemand de Santiago, fait un sujet tout d'actualité.

L'identification d'un cadavre inconnu retrouvé après un accident, un incendie ou un cataclysme est de la plus haute importance. Les traités de médecine légale acceptent comme preuve suffisante l'âge et la dimension du corps, mais souvent ces indications ne suffisent pas, il faut que le dentiste aide à établir l'identité, car dans beaucoup de cas, l'identification par les dents est seule valable, et dans ces cas le dentiste doit être demandé comme expert.

Il cite plusieurs observations d'erreurs où les renseignements sur la cavité buccale ont seuls pu faire rectifier l'identité des personnalités : l'exemple du Dr Davenport retrouvant lors de l'incendie du Bazar de la Charité de Paris, à l'aide de ses fiches dentaires les restes carbonisés de la duchesse d'Alençon, restera la preuve la plus évidente de l'absolue nécessité pour le dentiste d'établir et de conserver les schémas indicatifs de toutes les personnes se présentant à son cabinet de consultation.

M. le Dr P. Guye remercie chaleureusement le conférencier pour son très intéressant exposé, par lequel on a pu se rendre compte de l'importance de l'identification des cadavres au moyen de l'examen de la bouche et du rôle incontesté que le dentiste est appelé à prendre dans les expertises juridico-légales.

M. Dill, de Bâle, qui a été excessivement intéressé, parle aussi de l'obligation à laquelle doit s'astreindre le dentiste de conserver les notes concernant l'examen de la bouche de chacun de ses clients ; tôt ou tard, il peut être appelé à intervenir comme expert légal.

M. Fitting, de Lausanne, peut d'autant plus se déclarer d'accord avec les conclusions précédentes qu'il a eu l'occasion 6 ans auparavant de contribuer, par l'examen buccal (dents aurifiées), à l'identification d'un suicidé, retrouvé complètement carbonisé à la lisière d'un bois du Jura vaudois.

M. G. Preiswerk, professeur d'odontologie à la Policlinique dentaire de Bâle, montre en projection, un grand nombre de préparations, de coupes de tissus dentaires, corps de la dent, pulpes, tissus infectés, enflammés, gangrenés, coupes de caries dentaires, etc.

Cette magistrale démonstration de pathologie dentaire, accompagnée de commentaires instructifs, est suivie avec grand intérêt par les auditeurs.

MM. Dill et Gysi font ressortir la beauté des nombreuses préparations qui viennent de passer sous les yeux, ils se font l'interprète de leurs confrères pour exprimer au professeur Preiswerk leurs félicitations et leurs remerciements.

M. Amoëdo donne encore une très intéressante communication sur les articulateurs anatomiques. Il a fait construire deux articulateurs ; il présente le n° 1. Le n° 2 est encore à l'étude ; il sera susceptible d'être adapté à l'articulation particulière de chaque patient. Avec l'articulateur n° 1, les mouvements de l'articulation sont toujours les mêmes ; ils se font suivant un plan de 35°. Avec l'articulateur de Bonwill ce même mouvement se fait sur un plan de 15° seulement.

Cet appareil est très ouvert à la partie postérieure, ce qui permet de voir facilement le côté lingual des molaires pendant l'articulation.

Cette particularité constitue un grand avantage sur la plupart des articulateurs connus. Un autre avantage de cet articulateur, c'est de pouvoir lui adapter l'arc facial de Snow comme cela peut se faire avec les articulateurs de Gritman et de Snow. Des fourches démontables peuvent être mises à la place des arcs qui tiennent les modèles en plâtre. Ceci permettra de conserver des modèles prêts à être remontés sur l'articulateur, sans pour cela être forcé d'immobiliser des arcs ; ce qui arrive avec les autres articulateurs anatomiques.

Il présente encore toute une collection de différents modèles d'articulateurs anatomiques au nombre desquels se trouvent le vrai Bonwill et ceux proposés par Gritman, Parfitt, Snow, Christensen, Keer et Walker dont il en explique les détails de construction et les mouvements différentiels. Il parle favorablement de l'articulateur Gysi, lequel serait l'idéal, car il permet d'enregistrer l'articulation de chaque client de même qu'il possède tous les mouvements physiologiques.

Tout en décrivant ces articulateurs, M. Amoëdo donne d'excellents conseils concernant le montage des dentiers et les diverses conditions indispensables qu'un appareil complet doit remplir pour accomplir l'acte de la mastication et posséder le maximum de stabilité.

M. Amoëdo est vivement applaudi et M. Guye, au nom de l'assemblée, lui adresse ses sincères remerciements pour sa belle démonstration.

M. Eitler, de Bâle, présente également un modèle d'articulateur de son invention avec lequel il obtiendrait les mouvements anatomiques de propulsion et de latéralité analogues à ceux imprimés par l'articulation temporo-maxillaire.

M. A. Senn, de Zurich, indique un nouveau traitement médical contre la nausée.

Il reconnaît que beaucoup de solutions médicamenteuses au nombre desquelles les solutions au menthol, à la cocaïne, etc., amendent bien souvent ce fâcheux symptôme, mais il se présente de cas rebelles où les gargarismes et les badigeonnages ne réussissent pas. Il a donc été très heureux de prendre connaissance d'un médicament capable d'enrayer les nausées, sous la forme d'une solution de bromure de sodium à 10 0/0, 15 grammes de cette solution deux fois par jour après les deux principaux repas.

Il cite une observation concernant un patient tellement sensible que la moindre tentative opératoire même l'usage d'un gargarisme, de la brosse à dents, le curetage d'une carie, lui occasionnaient des nausées. Après un traitement de trois semaines, une amélioration fut déclarée. Au bout de quelques semaines une seule dose a suffi pour produire une guérison totale, à tel point qu'il a été possible de pratiquer deux obturations aux deux dernières molaires de la mâchoire inférieure et de poser un appareil de prothèse, sans accidents nauséeux.

M. Guye, après avoir remercié M. Senn pour son intéressante communication, déclare la session close.

A une heure, les congressistes se trouvaient une dernière fois réunis au Casino d'été pour prendre part au banquet d'adieu. Ils entendent encore MM. Steiger, Grosheintz, Witzig, Amoëdo et Fetscherin, prononcer des discours empreints de la plus franche cordialité.

CONGRÈS DE BERLIN

5e Congrès dentaire International

23 au 28 août 1909.

Le Gouvernement allemand a chargé ses représentants à l'Etranger d'informer les Gouvernements auprès desquels ils sont accrédités qu'un Congrès dentaire international se tiendra à Berlin du 23 au 28 août prochain.

Les Comités nationaux étrangers peuvent donc s'adresser à leurs Gouvernements respectifs pour demander la désignation d'un délégué officiel à ce Congrès. Cette nomination a déjà été faite dans plusieurs Etats, notamment en France, ainsi qu'on le verra plus loin.

Le Comité d'organisation a constitué un Bureau d'honneur, composé de fonctionnaires de l'Administration supérieure allemande, et un Comité d'honneur, composé des sommités scientifiques et médicales de l'Allemagne.

On compte actuellement vingt-deux adhésions du Mexique, quarante des Etats-Unis, cinquante de la France, une centaine d'Angleterre, dix du Japon.

Les résumés des communications et des démonstrations qui seront envoyés à temps seront traduits dans les langues du Congrès et imprimés pour être mis à la disposition des Bureaux des sections.

La F. D. I. tiendra sa session annuelle le dimanche 22 août.

La séance d'ouverture du Congrès commencera par un discours de bienvenue du Comité directeur, des discours des présidents d'honneur et des délégués officiels. Puis seront faites quatre communications sans discussion : l'une par M. Mathieu Henry Cryer (Etats-Unis), sur la méthode objective appliquée à l'enseignement de l'anatomie ; la deuxième par M. Howard Mummery (Angleterre), dont le titre est réservé ; la troisième par M. Choquet (France), sur la résorption des racines des dents temporaires ; la quatrième par M. Dieck (Allemagne), sur la photographie Röntgen en dentisterie.

Les mardi, mercredi et vendredi, réunion des sections.

Le jeudi assemblée générale pour la discussion de sujets empruntés à :

1° La pathologie ;

2° L'orthodontie (sujet : Quelles sont les conséquences de l'extraction symétrique de la molaire de six ans ?) ;

3° La chirurgie (sujet : La prothèse immédiate).

⁂

Par arrêté du Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-

Arts, notre confrère M. Francis Jean, président de l'A. G. D. F., de la F. D. N. et du Comité français de propagande du Congrès de Berlin, a été délégué pour représenter officiellement le Gouvernement français à ce Congrès.

⁂

Ainsi que nous l'avons annoncé, une exposition sera annexée au Congrès de Berlin. L'Ecole dentaire de Paris y prendra part et a expédié, pour y figurer, les pièces les plus intéressantes de son musée. M. L. Lemerle a été chargé de l'organiser et M. G. Villain de la présenter.

⁂

ADHÉSIONS NOUVELLES.

MM.	Amoëdo (Antoine),	Paris.
	Borkowski,	Neuilly-sur-Seine.
Mlle	Burau de Jassy,	Paris.
MM.	Lanos,	—
	Schiffmann,	Nice.
	Valette,	Caen.
	Walter,	Montreuil-sous-Bois.
	Smadja (Ed.),	Vierzon (Cher).
	Duncombe,	Lisieux (Calvados).
	Thuillier,	Rouen.
	Dr Rosenthal,	Paris.
	Léger Dorez,	—
	Kritchewsky (Samuel),	—

⁂

Liste des communications et présentations.

Présentation de deux articulations anatomiques. — *Amoëdo.*

La technique de l'articulation des dents artificielles subordonnée à l'articulation temporo-maxillaire. — *Amoëdo.*

Hygiène dentaire chez l'enfant. — *Amoëdo.*

Réforme des études et des examens dentaires en France. — *Godon.*

Méthode de reconstitution de l'équilibre articulaire en orthodontie. — *Godon.*

Le dentiste dans les établissements scolaires. — *Siffre.*

Le service dentaire dans l'armée. — *Siffre*, dentiste de l'armée coloniale.

Exposition d'une collection d'anomalies dentaires (Moulages, photographies, pièces squelettiques, dents). — *Siffre.*

Thérapeutique de la carie du 4^e degré. — *Francis Jean.*

Modifications aux appareils d'orthodontie à poste fixe. — *Francis Jean.*

Travaux coulés sous pression. — *O. Solbrig.*

Une nouvelle méthode rationnelle de contreplaquer les dents pour le travail à pont. — *Ch. E. Smith.*

Une nouvelle pièce de rétention pour les dents ayant suivi un traitement pour la pyorrhée alvéolaire. — *Ch. E. Smith.*

Présentation d'un condensateur pour l'obturation à l'or non cohésif. — *Morineau.*

Les répercussions des irritations gingivo-dentaires. — *Barden.*

A. Contribution au développement de la céramique en art dentaire.

B. Racine en argent fin pour implantation. — *Cournand.*

Exposition de travaux divers en céramique armée. — *Cournand.*

Contribution à l'étude des malpositions verticales. — *Frey et de Névrezé.*

Appareil pour symphyse du pharynx. — *Delair.*

1° Anesthésie locale : cocaïne-gaïacol ;

2° Les avantages du celluloïd en prothèse dentaire. — *Rollin.*

Appareil destiné à l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle seul ou mélangé à l'oxygène. — *Rosenthal.*

1° Le curetage alvéolo-radiculaire dans les abcès alvéolaires chroniques et ses résultats ;

2° Un cas de sarcome généralisé à début gingival. — *Maurice Roy.*

1° Couronne d'or à face émaillée à la porcelaine à basse fusion ;

2° Couronne d'or à face d'émail empruntée à une dent minérale et naturelle (avec pièces démonstratives). — *Léger Dorez.*

⁂

Pour éviter les retards qui pourraient se produire au début du congrès dans l'exécution des formalités de caisse et pouvoir préparer les fêtes de la façon qu'il convient, le Comité local berlinois prie instamment les membres titulaires et associés du congrès de vouloir bien lui adresser par retour du courrier le montant des cartes de fête.

Ces dernières sont délivrées contre versement de 12 marks par M. Guttmann, Berlin W. 15, Kurfürstendamm 24.

Elles ne peuvent être remises qu'à des membres du congrès (titulaires ou associés). Quiconque en commande plusieurs doit indiquer au nom de qui chacune d'elles doit être délivrée.

Seules les personnes qui possèdent des cartes de fête auront leurs entrées à toutes les réceptions et fêtes et jouiront des réductions que le Comité a obtenues en faveur des congressistes.

Elles seront invitées de droit à la grande fête du congrès et à la fête dite de Berlin-Brandebourg, où, dans les deux circonstances, un grand dîner sera offert, à titre gracieux.

En dehors de ces deux banquets (dans lesquels les boissons sont à la charge des convives) les cartes de fête donnent droit aux avantages suivants : entrée libre (dîner compris) au palais de glace le lundi 23, cadeaux pour les dames et les messieurs, excursion en bateau à vapeur sur la Havel, train spécial jusqu'à Wannsee, entrée libre pendant toute la durée du congrès au jardin zoologique, au Landes-Ausstellungspark où a lieu la grande exposition des Beaux-Arts, au grand restaurant-brasserie des Terrasses d'Halensee le samedi 28, où un concert suivi d'un feu d'artifice sera donné, puis à différents concerts et autres réjouissances. Enfin elle sert à obtenir des réductions de prix sur les billets de théâtre.

En outre tout un programme spécial de réjouissances consistant en promenades en voitures suivies de déjeuners offerts gracieusement, en five o'clock, etc., etc., sera encore offert aux dames.

Le Comité des fêtes aurait été complètement hors d'état de dresser ce programme de fêtes pour le prix de 12 marks sans la générosité des dentistes allemands.

Mais l'argent seul ne suffit pas à la réussite des fêtes, il faut aussi une organisation habile. Cette dernière toutefois n'est possible que si l'on a une idée nette du nombre des adhérents. C'est pourquoi le Comité prie instamment les personnes qui désirent prendre part aux réjouissances de dégager leurs cartes sans retard.

En ce qui concerne les réductions de prix pour le trajet et le logement : les compagnies transatlantiques Nord-deutsche Lloyd et Hamburg-America Packetfahrt accordent aux congressistes une remise de 20 à 25 0/0. Un grand nombre d'hôtels de premier ordre et d'ordre moyen concèdent 10 0/0. L'Association des propriétaires de pensions de famille de Berlin s'est également déclarée prête à faire des réductions qui dépendront des arrangements convenus entre les intéressés et la loueuse. Pour les renseignements relatifs aux logements s'adresser à M. Pursche, Berlin W., Rankestrasse 30.

Le président du Comité français de propagande,
FRANCIS JEAN.

CONGRÈS DE LILLE

F. D. N.

La Fédération dentaire nationale se réunira, à l'occasion du Congrès de Lille, le mardi 3 août 1909, à 6 heures du soir, au Lycée, avec l'ordre du jour suivant :

1° Allocution du président ;
2° Rapport du trésorier ;
3° Congrès de Berlin : rapports, délégations, etc.;
4° Questions professionnelles : services dentaires dans l'armée, fraudes aux examens, dispenses aux étrangers, etc. ;
5° Application du décret du 11 janvier 1909 ;
6° Propositions diverses.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

(F. D. I.)

Session de Berlin.

22 août 1909, 9 heures du matin.

Au Palais du Reichstag.

SÉANCE DU CONSEIL EXÉCUTIF.

Adresse du président :

Historique de la F. D. I. (1900-1904).
Travaux de la F. D. I. (1904-1909).
La F. D. I. et le Congrès de Berlin.

Rapports du secrétariat général :

Sur l'année 1908-1909, Dr Sauvez.
Sur l'organisation du Congrès de Berlin, Dr Schäffer-Stückert.

Rapport du trésorier, Dr Aguilar :

Nomination de la Commission de vérification des comptes.

Rapport du président :

La F. D. I. et les Congrès internationaux de médecine.
Désignation de membres de la F. D. I. (art. 16).
Vœux et résolutions à soumettre au Congrès.
Modifications aux statuts et règlements.

Rapport de la Commission du prix Miller, Dr Röse.

Propositions diverses.

Le dimanche 29 août, à 10 heures du matin.

RÉUNION DU NOUVEAU CONSEIL EXÉCUTIF.

1° Constitution du bureau de la F. D. I.
2° Choix de la date et du lieu de la prochaine session.
3° Propositions diverses.

⁂

Nous avons reçu les comptes rendus de la Fédération dentaire internationale (session de Bruxelles, 1908), qui sont en distribution actuellement.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

MONUMENT A HORACE WELLS

Un Comité s'est formé à Paris pour élever un monument à Horace Wells. Ce Comité a adressé la lettre suivante au président du Groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. D. F.

ŒUVRE DU MONUMENT
Horace Wells
Novateur de l'anesthésie chirurgicale
— : —

Paris, 22 juin 1909.
26, *Cité Trévise, de 1 h. à 5 h.*

Mon cher Président,

En ma qualité d'ancien élève et d'ex-membre du Conseil de direction de l'Ecole et Dispensaire dentaires de Paris, j'ai l'avantage de vous informer qu'un groupe de confrères et amis a, ainsi que vous le savez, fondé un *Comité d'initiative et d'organisation* en vue d'élever à Paris un monument à notre illustre confrère feu *Horace Wells.* Or, j'ai déjà eu l'honneur de solliciter le haut patronage de la Société d'Odontologie, ainsi que d'autres sociétés qui me l'ont spontanément accordé. Restait l'Ecole dentaire de Paris et l'Association générale des dentistes de France que je n'avais pas cru devoir pressentir, puisque la « Société d'Odontologie », qui en est une filiale m'avait déjà donné son appui.

En conséquence et pour remettre les choses au point, ainsi que pour dissiper ce malentendu, je viens, mon cher président, vous demander de bien vouloir me faire le grand honneur : 1° d'accepter personnellement de faire partie de notre Comité et 2° de bien vouloir informer *l'Ecole dentaire*, ainsi que *l'Association générale*, que nous serions heureux de les voir nous accorder leur haut patronage en faveur de l'œuvre que nous avons entreprise, sous la forme de délégués à raison de 1 pour cent membres adhérents au *Groupement.* Si cependant il vous plaisait d'augmenter ce nombre, je pense que le Comité Wells ne s'y opposerait nullement.

Dans l'espoir d'une réponse favorable, veuillez croire, mon cher président, à l'expression de ma reconnaissance et de ma très haute considération.

Ch. QUINCEROT, *président.*

P.-S. — Il va de soi qu'aucune condition n'est imposée au Groupement.

⁂

Dans sa séance du 12 juillet le Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris a accepté de faire partie du Comité de patronage. Il a désigné quatre délégués pour l'y représenter : MM. Frey, Jeay, Godon, Lemerle, et voté une souscription de 250 francs.

De son côté, le Conseil de direction de l'Association générale des dentistes de France a également, dans sa séance du 17 juillet, accepté de faire partie du Comité de patronage, désigné quatre délégués : MM. Blatter, Francis Jean, Monnin, Rollin, et voté une souscription de pareille somme.

Nous avons reçu la lettre suivante, que nous nous empressons de publier :

ASSOCIATION
des
Dentistes de l'Est.

Dijon, le 8 juillet 1909.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Les membres du bureau de l'Association des Dentistes de l'Est me chargent de vous communiquer l'extrait suivant de notre compte rendu de l'assemblée générale qui a eu lieu à Dijon le 20 juin dernier.

A la suite du départ de notre président, M. Frélézeau, qui, appelé à Paris, nous reste cependant comme membre actif, le bureau est ainsi composé pour l'année 1909 :

Président : D^r Bonin, Dijon.
Vice-présidents : MM. Tournier-Daille, Lons-le-Saunier.
Jolibois, Belfort.
Trésorier : Fléty.
Secrétaire : Arnald.
Membres du bureau : Soleillant, Paray-le-Monial.
Randon, Dijon.
Cauvillé, Dôle.
Président du syndicat : Bonnefoy, Besançon.
Secrétaire : Soleillant, Paray-le-Monial.

Des revendications ayant été faites par certains membres de la Société, et appuyés de faits probants, l'assemblée générale a émis les vœux suivants :

1° En présence de certains abus auxquels donnent lieu les soins donnés gratuitement en vue de l'obtention de permissions ou de bons rapports avec l'autorité supérieure par certains chirurgiens-dentistes accomplissant leurs années de service, à des officiers, ainsi qu'à leurs familles, et cela au détriment des confrères installés dans les villes de garnison, puisqu'on leur enlève ainsi une clientèle à même de les rémunérer, la Société émet le vœu de voir la question de la création des chirurgiens-dentistes dans l'armée prendre une extension beaucoup moindre que celle qu'on voudrait lui donner.

2° Quelques journaux professionnels et locaux faisant paraître depuis ces derniers temps la nomination de certains confrères, soit comme dentistes-inspecteurs, soit comme dentistes-traitants des Lycées et Collèges, alors que ces nominations ne sont dues qu'au favoritisme et ne prouvent aucune supériorité de la part de ceux qui les acceptent, puisqu'elles n'ont pas lieu au concours ; la Société émet le vœu de voir lesdits journaux s'abstenir désormais de ces insertions qui ne sont, somme toute, qu'une réclame déguisée.

Espérant, Monsieur le Rédacteur, qu'il vous sera possible d'insérer cet extrait de compte rendu dans votre prochain numéro, je vous prie d'agréer avec mes remerciements, mes empressées salutations.

Le secrétaire,

ARNALD.

92, rue des Godrans.

L'ENSEIGNEMENT DENTAIRE AU MEXIQUE

Par O. Amoedo.

Au Mexique, les études de chirurgie dentaire ont été officiellement établies par un décret du Président de la République daté du 13 juillet 1907.

Les études de chirurgie dentaire se poursuivent à la clinique nationale de l'enseignement dentaire (Consultorio Nacional) qui dépend directement de l'Ecole nationale de médecine: pour l'éducation des élèves, on profite des éléments que fournissent ladite Ecole et toutes les autres institutions choisies par l'Exécutif.

Les études sont réparties en trois années, de la manière suivante :

Première année.

Eléments d'anatomie, de physiologie et d'hygiène (3 classes par semaine).

Histologie, anatomie descriptive et topographie de la bouche et de ses annexes (3 classes par semaine).

Seconde année.

Pathologie dentaire, médicale et chirurgicale (3 classes par semaine).

Premier cours de clinique dentaire, qui comprendra la thérapeutique médicale correspondante et la pratique de la chirurgie qui s'y rapporte, avec discussion spéciale des cas observés (6 classes de 1 h. 1/2 par semaine).

Troisième année.

Second cours de clinique dentaire, qui comprendra la thérapeutique correspondante et la pratique de la chirurgie s'y rapportant avec discussion spéciale sur les cas observés (6 classes par semaine de 1 h. 1/2).

Clinique de prothèse dentaire et orthodontie (6 classes par semaine).

En plus, pendant la seconde moitié de l'année, les élèves de troisième année assistés de leurs professeurs visitent journellement les écoles nationales que le Secrétariat de l'Instruction publique fixe pour examiner dans quel état se trouvent les dents des élèves, et formuler, après l'approbation préalable de ces professeurs, le traitement qui correspond à chaque cas.

Les professeurs d'éléments d'anatomie, de physiologie et d'hygiène font dans leurs classes autant que possible des démonstrations sur le cadavre, et quand cela ne se peut pas ils se servent de préparations, de dessins et de pièces de musée.

Le professeur de pathologie dentaire médicale et chirurgicale donne aux élèves, selon le cas, les explications générales de pathologie qui sont nécessaires, pour que son enseignement soit suffisamment clair.

Il leur fait observer l'influence que l'état général et la régularité de chacune des fonctions exercent sur les maladies locales en modifiant leur cadre et leur marche.

En plus des études générales susmentionnées, il peut en être établi par des spécialistes de prothèse dentaire, quand l'Exécutif le croit utile, et ce, dans les termes que lui-même décide. Ces études spéciales ne peuvent être suivies que par les personnes qui ont obtenu déjà le titre de chirurgien-dentiste.

Pour s'inscrire au nombre des élèves réguliers et avoir le droit de passer l'examen pour obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste, il est indispensable d'avoir plus de 16 ans et moins de 25 ; il faut prouver par un certificat délivré ou visé par le Directeur général de l'Instruction primaire qu'on a fini l'instruction primaire supérieure et justifier en plus qu'on possède des connaissances en arithmétique, en géométrie, des notions des sciences physiques et naturelles, de français et d'anglais, avec la même extension qu'on donne à l'enseignement de ces matières dans le programme adopté pour être professeur d'instruction primaire élémentaire.

Pour passer les examens, l'aspirant doit solliciter l'autorisation de la Direction de l'Ecole nationale de médecine qui le lui concède, si le pétitionnaire a fait en due forme dans le « Consultorio Nacional » en cinq années au maximum, les études de chirurgien-dentiste. La même formalité est exigée des spécialistes en prothèse dentaire, lesquels doivent prouver leurs aptitudes au moyen d'examens théoriques, ou d'examens sur les malades, en conformité avec l'arrêté du Secrétariat de l'Instruction publique et des Beaux-Arts.

Les examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste consistent en questions posées sur une thèse écrite par le candidat, sur la matière qui aura été désignée par le sort quinze jours d'avance et comprise dans le formulaire du questionnaire dressé par le Directeur de la salle de consultations. La thèse est soutenue devant un jury composé de cinq professeurs, nommés par le Directeur du Consultorio, et qui est présidé par ce Directeur, ou par le professeur qu'il désigne en cas d'empêchement. Si par ses réponses on s'aperçoit que le candidat qui a présenté la thèse n'en est pas l'auteur, il perd le droit d'obtenir le titre.

Les aspirants au titre de spécialiste présentent une thèse écrite qui contiendra des observations ou investigations originales, autant que possible, sur un point quelconque de leur spécialité. Cette thèse est jugée par un jury de cinq professeurs désignés par le Directeur de l'Ecole nationale de médecine.

Toutes les thèses présentées par les aspirants admis au titre de spécialiste en prothèse dentaire sont imprimées aux frais du Gouvernement.

L'Exécutif de l'Union préférera à mérite égal, pour remplir des fonctions publiques de chirurgien-dentiste, ceux qui ont obtenu le titre de spécialistes en prothèse dentaire, et parmi ceux-ci, ceux qui sont gradués en médecine et chirurgie.

⁂

ETUDES FAITES A L'ÉTRANGER.

Les études de chirurgien-dentiste ou des spécialistes en prothèse dentaire faites dans des écoles officielles ou dans des Universités d'autorité non discutée, peuvent être validées par le Secrétariat de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, à condition que la direction de l'Ecole de médecine décide, sur le vu des certificats et des documents probants, que les études faites équivalent à celles prescrites par ce règlement.

Les personnes possédant des titres d'autres écoles officielles de la République ou des Universités étrangères d'autorité non discutée qui désirent obtenir, dans le « Consultorio Nacional » de l'enseignement dentaire, un des titres des carrières organisées par ce règlement, subissent dans le même « Consultorio » l'examen de chacune des matières prescrites par ces dispositions, et, en plus, l'examen final exigé. Ces personnes n'ont pas à subir d'examen sur les matières qu'elles ont déjà étudiées, et dont elles peuvent obtenir équivalence de conformité avec les prescriptions en vigueur, et n'ont pas à subir les examens partiels dans un ordre déterminé.

Les professeurs chargés de l'enseignement dentaire au Mexique sont MM. Docteur F. P. Bernaldez ; M. F. P. Lopez ; Docteur Vallarino, Villafuerte, R. Figueroa, J. Falero, A. Reguera, Roberto R. Rojo, José J. Rojo.

L'enseignement officiel de l'art dentaire au Mexique est de création trop récente pour qu'on puisse juger du résultat. Le programme d'études est bien compris ; il manque cependant d'examen pratique.

Il y a aussi une prescription au règlement qui est attentatoire à la liberté individuelle et qui n'existe qu'au Mexique ; cette prescription est la suivante : « Pour s'inscrire comme élève, et avoir le droit de passer l'examen sur quelques matières de la carrière de chirurgien-dentiste, il est indispensable d'avoir plus de 16 ans *et moins de* 25 ».

Dans le règlement de plusieurs autres Facultés, on fixe à 21 ans l'âge minimum auquel un étudiant peut avoir un diplôme lui conférant les droits inhérents à sa profession.

Cela est juste, car on ne conçoit pas comment le législateur en France, par exemple, a accordé aux chirurgiens-dentistes le droit de donner des anesthésiques généraux aux malades, sans fixer l'âge de capacité pour posséder le diplôme conférant ce droit.

Mais ce qui manque de raison d'être, c'est de limiter à 25 ans l'âge pour entreprendre les études dentaires.

Il existe un principe, il est vrai, qui dit, qu'il faut commencer les études dentaires dès le jeune âge, afin d'acquérir le degré d'habileté requise dans notre profession.

Cette assertion est juste en thèse générale; mais cette habileté manuelle peut se développer également en étudiant une autre profession et il est possible de faire ensuite les études dentaires après 25 ans, une fois ladite habileté manuelle acquise.

Les exemples des individus entrés dans la profession dentaire après l'âge de 25 ans pourraient se compter aux Etats-Unis, surtout, par milliers. Il me suffirait de citer les noms des professeurs Franck Abbott, Crayer, Parmly-Brown, Peck, etc.

J'ai eu deux camarades d'études au New-York Dental College qui avaient dépassé la trentaine en entrant au collège ; aujourd'hui l'un d'eux est le plus habile praticien de Santiago du Chili et l'autre est réputé à Paris comme un des plus habiles opérateurs.

Il serait donc à désirer que l'on abrogeât ladite prescription du règlement mexicain d'odontologie.

RÉSUMÉ.

Etudes préliminaires.	Etudes primaires supérieures et, de plus, connaissances en arithmétique, géométrie, sciences physiques et naturelles, français et anglais.
Durée des études.....	Trois années.
Examens............	Un oral sur une thèse écrite par le candidat sur un sujet tiré au sort.
Diplôme............	Chirurgien-dentiste.

RÉSUMÉ. — Nous résumerons ainsi l'étude à laquelle nous nous sommes livré sur l'enseignement dentaire dans les pays de langue espagnole et portugaise.

ESPAGNE

Les études odontologiques comprennent :

1° Le baccalauréat ;

2° Une année d'études des sciences physiques et naturelles ;

3° Deux années de médecine ;

4° Une année d'odontologie et de prothèse dentaire.

On donne le diplôme d'*odontologiste.*

PORTUGAL

Il n'existe pas d'enseignement, ni privé, ni officiel au Portugal. Les candidats aux examens se préparent avec des professeurs particuliers.

L'examen a lieu à l'une des Facultés de médecine (Coimbra, Porto ou Lisbonne).

On accorde le titre de *dentiste.*

MEXIQUE

Il existe un enseignement officiel depuis 1907 à la Faculté de médecine.

On exige comme études préliminaires trois années d'études classiques.

Les études d'odontologie comprennent trois années.

Le diplôme délivré est celui de *chirurgien-dentiste.*

CUBA

L'enseignement dentaire est officiel à la Faculté de médecine.

On exige le baccalauréat.

Les études se font en trois années ; les cours se suivent parallèlement à la Faculté de médecine et à l'Ecole dentaire.

On donne le diplôme de *docteur en chirurgie dentaire.*

COLOMBIE

L'enseignement de l'art dentaire est officiel et se fait dans deux Ecoles dentaires annexées aux Facultés de médecine de Carthagène et de Bogota.

On exige le baccalauréat ou un certificat prouvant qu'on a fait ses quatre années d'études classiques.

L'étude de l'odontologie se fait en trois années.

On donne le diplôme de *docteur en chirurgie dentaire.*

URUGUAY

L'enseignement y est officiel à la Faculté de médecine.

Les études préliminaires se font en trois années d'études classiques.

L'odontologie comprend trois années.

Le diplôme est celui de *chirurgien-dentiste.*

ARGENTINE

L'enseignement est officiel à la Faculté de médecine depuis 1892.

On exige le baccalauréat.

L'odontologie s'étudie en deux années.

Le diplôme est celui de *chirurgien-dentiste.*

CHILI

L'enseignement dentaire est officiel et a lieu dans une école annexée à la Faculté de médecine.

Les études préliminaires comprennent quatre années d'études classiques (humanités).

L'odontologie s'apprend en trois années.

Le diplôme est celui de *dentiste.*

PÉROU

La Faculté de médecine a une section d'études dentaires depuis 1858.

Les études préliminaires comprennent l'instruction moyenne des humanités.

Puis trois années d'odontologie pour obtenir le diplôme de *chirurgien-dentiste.*

BRÉSIL

L'enseignement de l'art dentaire au Brésil se donne à Rio-de-Janeiro, dans une école d'odontologie libre, reconnue par décret législatif du 28 août 1905.

On exige les études primaires supérieures. On délivre deux diplômes, un de *chirurgien-dentiste* et un de *docteur en odontologie.*

CONCLUSION.

En résumé, l'étude de l'art dentaire dans les pays que je viens d'énumérer est l'objet de constantes réformes ; ces pays suivent avec intérêt les décisions de la F. D. I. qu'ils savent mettre en pratique.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES DENTISTES DU RHONE ET DE LA RÉGION

(24 *avril* 1909)

Bien que nous fassions quelques réserves sur certains points de détail, nous sommes heureux de publier l'allocution suivante de M. Claude Martin qui est un excellent plaidoyer en faveur de l'importance des études techniques pour le dentiste. Nous nous félicitons de voir un confrère aussi qualifié que lui se réjouir comme nous du nouveau décret qui, suivant son expression, consacre en partie l'autonomie de l'art dentaire dans l'Université.

N. D. L. R.

ALLOCUTION de M. CLAUDE MARTIN,

Correspondant de l'Académie de médecine.

Messieurs et chers collègues,

Cette année, la promulgation du décret portant réorganisation de l'enseignement de l'art dentaire m'oblige encore une fois à revenir sur cet enseignement, car ce décret, qui répond assez bien, je crois, aux besoins actuels de notre profession, a été pour nous un événement si important que je ne puis résister au désir d'exprimer toute la satisfaction que j'en éprouve.

Le principe essentiel sur lequel repose l'organisation nouvelle est que l'art dentaire ne saurait être assimilé complètement à la médecine et que son enseignement ne doit pas être confondu avec celui des sciences médicales.

Ce décret établit donc nettement qu'art dentaire et sciences médicales constituent deux professions entièrement distinctes, et que leur différence essentielle consiste dans la prédominance des méthodes techniques dans la pratique de l'art dentaire. Ce principe a conduit naturellement la commission chargée de la réforme des études odontologiques à donner à cet enseignement ce qui lui avait manqué le plus jusqu'à ce jour, au moins officiellement, je veux dire l'instruction technique. Celle-ci a été rendue obligatoire par la création d'un stage préalable de deux ans, entièrement distinct de la durée des études théoriques et médicales. C'est là une décision importante qui n'est d'ailleurs que la réalisation des conclusions du Professeur Lannelongue, lequel avait su si bien mettre en relief cette notion primordiale : que l'éducation manuelle constitue le fondement principal de notre profession.

Si un tel événement était survenu il y a une dizaine d'années, il eût sans aucun doute comblé de joie tous ceux qui voyaient, avec regret, négliger, pour ne pas dire abandonner, l'enseignement technique. Mais la loi de 1892, en imposant aux dentistes des études médicales, avait orienté notre enseignement dans un sens différent, non approprié aux besoins de notre profession. Elle avait abouti à ce fait paradoxal que l'étudiant en dentisterie était dans l'obligation d'apprendre surtout ce qui, plus tard, devait lui servir le moins dans sa pratique.

Grâce au nouveau décret, cette lacune importante de l'enseignement se trouve enfin comblée. Nous avons obtenu à peu près tout ce que nous désirions, pour le moment du moins, savoir : le relèvement du niveau des études nécessaires pour l'entrée dans la profession ; l'obligation de deux ans de stage presque exclusivement technique ; trois années d'études à la fois médicales et professionnelles terminées chacune par un examen de fin d'année, soit, en tout, cinq ans d'études spéciales pour obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste. Un tel programme semble devoir donner d'excellents résultats.

Mais cette réforme n'a-t-elle pas laissé subsister quelque lacune regrettable ? Elle eût été certainement suffisante il y a quelque dix ans, mais elle reste néanmoins incomplète aujourd'hui, à cause des conditions nouvelles du recrutement de notre profession, créées par l'entrée des docteurs en médecine dans la pratique odontologique.

L'envahissement croissant de cette nouvelle classe de praticiens est venu modifier la manière de voir de bien des dentistes et a fait germer, dans l'esprit de nombre d'entre eux, l'idée d'obtenir un titre équivalent par la création d'un doctorat en dentisterie qui leur aurait permis de lutter à armes égales contre les nouveaux venus. Cette idée n'avait guère de chance d'aboutir, car l'art dentaire constitue, non pas une science à part, mais une profession distincte dans laquelle la partie manuelle tient sans conteste le premier rang. Or, ce n'est pas cette partie qui peut être considérée comme *doctorable,* et comme en dehors de la technique, le reste de la profession ne comprend guère que des notions d'ordre médical, ce ne pourrait être que l'extension de ces dernières qui pourrait justifier la création d'un doctorat nouveau, mais dont les limites avec le doctorat en médecine me paraissent bien difficiles à préciser.

La pénétration des docteurs en médecine dans notre profession a eu pour premier résultat la création d'une spécialité médicale jusqu'alors peu explorée ; je veux parler de la stomatologie, dont le nom définit bien les limites. Le développement de celle-ci a permis d'isoler et de différencier des affections passées jusque-là inaperçues et ayant pour origine les dents ou leurs annexes, de rattacher aussi à certaines affections générales des lésions dentaires que l'on avait crues jusque-là primitives. Ceux qui ont fondé cette science ont bien, en réalité, créé un cadre nosologique nouveau, constitué par les maladies de la bouche, et le titre de stomatologiste leur appartient bien ; il est aussi justifié que celui de laryngologiste ou d'ophtalmologiste. Cette étude, en effet, n'a pu et ne peut être abordée que par des médecins, et les stomatologistes ne doivent pas plus être confondus avec les docteurs en médecine, beaucoup plus nombreux, qui s'occupent uniquement de dentisterie qu'avec les chirurgiens-dentistes.

En somme, toute extension du cadre scientifique de notre profession ne peut aboutir qu'à des études médicales plus fortes et, par la logique même des choses, le dentiste qui veut acquérir un titre supérieur ne peut aller que vers le doctorat en médecine, tel qu'il existe actuellement. Aussi, dans l'exposé des motifs qui précède le décret de janvier 1909, le Ministre de l'Instruction publique déclare franchement que l'on doit tendre de plus en plus à orienter l'art dentaire vers le doctorat en médecine. Or, précisément, il y a une sorte de contradiction entre le décret lui-même et les tendances qu'il dit vouloir favoriser. Ce décret, en effet, consacre entièrement l'autonomie de l'odontologie telle que nous la comprenons et, grâce à ces mesures, nos intérêts professionnels se trouvent sauvegardés ; mais le rapprochement que beaucoup d'entre nous désirent entre les dentistes et les médecins n'a pas été réalisé. Rien n'a été fait pour donner la même origine à ces deux branches, qui, plus tard, sont appelées à se rejoindre. C'était cependant un des points essentiels de la réforme et cette origine commune devait être imposée à l'entrée même des études par l'obligation du même titre universitaire pour tous.

Ce manque d'unité a encore des conséquences bien plus graves ; en effet, après trois années d'études médicales, l'étudiant en médecine peut bien devenir dentiste ; mais le chirurgien-dentiste ne pourra jamais devenir médecin, parce que, malgré cinq années d'études dentaires, tout sera pour lui à recommencer, car son titre de dentiste ne lui aura donné aucune facilité pour faire sa médecine. Le doctorat lui sera donc à tout jamais fermé.

Voilà certainement le point faible du décret de janvier 1909 et on aurait évité cet inconvénient en rendant obligatoire le baccalauréat pour les études de dentisterie.

Cette nouvelle réforme n'aurait pas, je crois, soulevé de grandes difficultés et elle eût été la première étape vers l'unification.

Déjà, l'année dernière, j'avais attiré votre attention sur une excellente étude de M. Mahé sur les modifications à apporter à notre enseignement, et je suis surpris que la Commission de réforme des études dentaires n'ait pas su s'en inspirer, car elles présentaient des avantages incontestables.

Les étudiants en médecine et les étudiants en dentisterie, tous pourvus du même grade universitaire, faisaient d'abord trois années de médecine commune ; au bout de ce temps, les étudiants en dentisterie bifurquaient sur leur spécialité et complétaient leurs études dentaires par deux ou trois ans de pratique odontologique, à la fin desquelles ils obtenaient leur diplôme de chirurgien-dentiste.

Mais si, plus tard, l'intérêt scientifique les y portait ou si l'attrait du titre de docteur en médecine exerçait sur eux quelque séduction, il leur suffisait de reprendre leurs études médicales au point où ils les avaient laissées, c'est-à-dire à la quatrième année, et deux ans seulement d'études complémentaires leur permettaient d'acquérir le titre désiré. Bien peu, je crois, auraient résisté à la tentation et, d'un seul coup, on aurait donné aux praticiens la même origine et fait un grand pas vers l'unification.

Pour ma part, je regrette sincèrement que le nouveau décret n'ait pas tenu suffisamment compte de la nécessité de cette unification que, loin de favoriser, il ne fera que retarder.

Un des avantages du nouveau régime aura été de proclamer bien haut qu'il est absolument nécessaire, pour être dentiste, de faire des études spéciales et que les docteurs en médecine n'en sont pas moralement exemptés, et je crois qu'ils ne tarderont pas à admettre que, si le dentiste a besoin des études médicales, les études dentaires ne sont pas moins nécessaires aux médecins et qu'ils devraient donner à la technique la place qui lui est due.

Dans ces conditions, rendre son étude obligatoire pour le médecin ne peut pas soulever beaucoup de protestations ; d'autant plus que la Commission de réforme a clairement établi, non l'incompatibilité, mais la séparation des deux professions. De ce que la Commission a pour ainsi dire reconnu l'autonomie de l'art dentaire, il ne s'ensuit pas qu'elle ait cherché à mettre obstacle à la pratique de cet art par les médecins. Elle leur a seulement imposé l'obligation morale de ne pas confondre les deux professions. Aussi, j'ai été très heureux d'apprendre que les docteurs en médecine étaient sur le point de fonder une école ; on pourra donner à celle-ci le nom que l'on voudra, Ecole de Stomatologie ou de Technique dentaire, elle n'en sera pas moins une école professionnelle, c'est d'ailleurs le seul qualificatif qu'on puisse lui donner, car avec le nouveau régime il n'y a que dans les écoles professionnelles que le stage pourra être pratiqué dans de bonnes conditions.

Ce changement d'orientation nous aidera à atteindre le but que nous poursuivons, qui est d'agrandir toujours et d'améliorer sans cesse un domaine qui est devenu si florissant. Il est inadmissible qu'un art qui s'est créé et a grandi en dehors de la médecine puisse être, sans compensation ni garantie, absorbé par elle. Si la médecine s'est enrichie d'une spécialité nouvelle, nous ne pourrons que bénéficier de ses progrès comme de tous ceux qui peuvent survenir dans la sphère de notre profession. Mais l'application du nouveau régime ne pourra donner vraiment de bons résultats qu'à la condition d'imposer de sérieuses études techniques à tous ceux qui voudront exercer l'art dentaire.

Je vous prie de m'excuser, mes chers collègues, de m'être laissé entraîner encore une fois à vous parler de l'enseignement de la technique dentaire ; mais, que voulez-vous ? on ne passe pas un demi-siècle dans une profession qui a été la source de si grandes satisfactions sans y prendre de profondes attaches et sans vouloir lui conserver son caractère propre tout en considérant avec orgueil son mouvement ascensionnel.

Aussi ai-je éprouvé une joie très vive de voir enfin réaliser en partie le vœu que j'avais émis en 1898, au Congrès de Lyon, où je demandais l'autonomie de l'art dentaire dans l'Université.

Aujourd'hui, je ne vois pas sans émotion grandir les aspirations des jeunes générations, je comprends très bien qu'elles désirent avoir le doctorat comme couronnement de leur ambition, mais je fais des vœux pour que la technique ne soit pas sacrifiée dans cet effort, car c'est bien à elle que nous devons la place importante qu'a su conquérir notre profession et c'est par elle que nous pourrons la conserver.

LES GRADES UNIVERSITAIRES ET LES DISPENSES

Le *Journal officiel* a publié le 5 juillet une circulaire du ministre de l'Instruction publique aux recteurs pour l'interprétation du décret du 12 mai dernier, relatif aux jeunes gens de nationalité française ou étrangère désireux d'obtenir des grades ou titres établis par l'Etat.

Depuis dix ans, le nombre des demandes de dispenses en vue des grades d'Etat s'était accru d'année en année dans des proportions excessives. Il y avait là un double danger.

Les intérêts de l'enseignement secondaire étaient lésés de ce fait qu'un trop grand nombre d'élèves abandonnaient les hautes classes des lycées et collèges ou n'y travaillaient que d'une façon insuffisante. D'autre part, les facultés se plaignaient de l'accession trop fréquente de jeunes gens qui n'étaient pas en état d'entreprendre avec profit des études d'enseignement supérieur.

C'est pour remédier à cette situation que le décret du 12 mai est intervenu.

L'article 1er rappelle et confirme le principe en vertu duquel nul ne peut être admis à postuler un des grades ou titres institués par l'Etat s'il ne justifie du diplôme, brevet ou certificat requis par le règlement spécial du grade ou du titre auquel il aspire.

Le paragraphe 2 porte « qu'aucune dispense ne peut être accordée ».

En conséquence, nul Français à l'avenir ne pourra se faire inscrire :

En vue de la licence en droit et de la licence ès lettres, s'il ne justifie du baccalauréat de l'enseignement secondaire ;

En vue des études pharmaceutiques et de la licence ès sciences, s'il ne justifie d'un diplôme de bachelier ;

En vue du doctorat en médecine, s'il ne justifie du baccalauréat de l'enseignement secondaire et du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles (P. C. N.) ;

En vue des études pour le diplôme de chirurgien-dentiste, s'il ne justifie des diplômes, brevets ou certificats prévus par les décrets du 25 juillet 1893 et du 11 janvier 1909.

Toute aspirante au diplôme de sage-femme de 1re classe devra justifier du brevet élémentaire. Toute aspirante au diplôme de sage-femme de 2e classe et tout aspirant au certificat d'herboriste de 1re classe devront justifier de leur réception à l'examen prévu par l'arrêté du 1er août 1879.

Un régime de faveur avait été adopté à l'égard des pharmaciens de 1re classe et des vétérinaires diplômés désireux d'entreprendre les études médicales. La dispense du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles (P. C. N.) leur était accordée. Ce régime cesse dès à présent d'être en vigueur. Ces praticiens, s'ils postulent le doctorat en médecine, devront ajouter à leur baccalauréat le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles (P. C. N.).

Les pharmaciens de 2^e classe obtenaient aisément la dispense du baccalauréat en vue de la licence ès sciences. Le décret du 12 mai s'oppose à ce que cette dispense leur soit désormais accordée.

Enfin, les licenciés ès sciences qui ont obtenu l'autorisation de postuler les certificats d'études supérieures à l'aide d'une dispense de baccalauréat, ne seront plus autorisés à faire valoir cette dispense en vue des études médicales.

Mais il est évident que les étudiants qui ont obtenu des dispenses antérieurement au décret pourront les faire valoir pendant les délais fixés par la circulaire du 12 mai 1903.

Quant aux étudiants étrangers, « les diplômes, brevets ou certificats qui leur auront été délivrés devront être produits par eux en original et accompagnés de la traduction faite par un traducteur juré ». En outre, ces documents (diplômes, brevets ou certificats) seront visés et certifiés véritables par le consul de France dans le pays d'où ils proviennent.

Après avis de la faculté ou école où l'étudiant demandera à s'inscrire, le comité consultatif de l'enseignement public jugera si ces diplômes, brevets ou certificats peuvent être acceptés comme équivalant au baccalauréat de l'enseignement secondaire ou au diplôme de licencié en droit. Et le ministre statuera.

NOUVELLES

Mariage.

Le mariage de M^{lle} Jeanne Godon, fille cadette de notre directeur, avec M. le D^{r} Joseph Lemeland, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, fils de M. Henri Lemeland, président du Syndicat des pharmaciens de l'Eure, a été célébré les lundi 19 et mardi 20 juillet.

La cérémonie civile a eu lieu le lundi à 4 heures à la mairie du 8^{e} arrondissement. Les témoins de la mariée étaient MM. G. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, et le D^{r} Hirtz, médecin des hôpitaux ; ceux du marié étaient MM. Paul Bar, professeur de clinique obstétricale, membre de l'Académie de médecine, et Campenon, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien honoraire des hôpitaux.

Le maire de l'arrondissement, M. Allou, a dans un langage élevé, rendu hommage aux éminentes qualités que chacun reconnaît à M. Godon et aux services qu'il rend à l'arrondissement comme délégué cantonal et dentiste des écoles et qu'il rend comme directeur de l'Ecole dentaire de Paris. Il a trouvé des paroles élogieuses pour chacune des familles et des témoins et il a souhaité au nouveau couple le bonheur qu'il mérite.

La cérémonie religieuse a eu lieu le mardi à midi à l'église Saint-Augustin et a été suivie d'une réception avenue Hoche, 9.

Une nombreuse et élégante assistance, dans laquelle on comptait beaucoup de membres de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale et beaucoup de confrères, était venue apporter ses compliments et ses vœux aux jeunes époux et aux deux familles.

Nous leur adressons à notre tour nos plus vives félicitations.

Congrès d'Assistance de Copenhague.

Notre collaborateur M. Heïdé, professeur honoraire à l'Ecole dentaire de Paris, a été chargé de représenter cette Ecole au Congrès d'Assistance de Copenhague.

Monument Brouardel.

L'inauguration du monument élevé par souscription publique à la mémoire du professeur Paul Brouardel, ancien doyen de la Faculté de médecine de Paris, a eu lieu à la Faculté, le mardi 20 juillet à 5 heures, sous la présidence d'honneur du Président de la République et sous la présidence effective du Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts.

L'Ecole dentaire de Paris et l'Association générale des dentistes de France, qui ont pris part à la souscription, étaient représentées à la cérémonie.

Erratum.

Une erreur s'est glissée dans l'article de notre confrère M. Monnin (du Mans) que nous avons publié dans notre numéro du 30 juin dernier.

Page 648, 5e paragraphe, au lieu de « le devoir et le pouvoir de donner des soins dentaires, une branche de l'hygiène populaire », lire : « le devoir et le pouvoir *d'ériger* les soins dentaires *en* une branche de l'hygiène populaire. »

Union corporative des étudiants en chirurgie dentaire.

La société qui portait ce nom a été transformée en *union des anciens étudiants et étudiants en chirurgie dentaire.*

Toutefois les anciens étudiants en chirurgie dentaire ne pourront rester membres actifs que pendant les cinq ans qui suivront leur admission. Ce délai passé ils seront considérés comme membres honoraires.

Le Bureau et le Comité sont constitués ainsi :

BUREAU.

Président : M. Doucedame.
Vice-présidents : MM. Druo, Ibos.
Secrétaire général : M. Althoffer.
Trésorier : M. Logeay.
Secrétaire adjoint : M. Lacour.
Bibliothécaire : M. Hodek.

Chirurgiens-dentistes.

COMITÉ.

MM. Collard, Fagedet, Freschard, Lehmans, Giraud, Issalis, Laudot, Radiguet, Somen.

Fondation W. D. Miller.

Les souscripteurs de la Fondation Miller sont instamment priés d'envoyer le montant de leurs souscriptions à M. Bioux, rue Croix-des-Petits-Champs, 21, Paris, avant le 15 août 1909, afin de permettre au Comité de fixer les conditions d'attribution du prix.

Distinctions honorifiques.

Nous apprenons avec un vif plaisir que M. Liard, vice-recteur de l'Académie de Paris, vient d'être élevé à la dignité de grand-croix dans l'ordre national de la Légion d'honneur.

Nous lui adressons nos très sincères félicitations.

Nouveaux D. D. S.

Nous avons le plaisir de pouvoir ajouter à la liste de D. D. S. que nous avons publiée récemment les noms de MM. Demarquette, Girardin, Seitz, déjà D. E. D. P.

Nous leur adressons nos félicitations.

Groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. D. F.

La brochure jaune, comprenant le compte moral et administratif pour l'exercice 1907-1908 du Groupement de l'École dentaire de Paris et de l'Association générale des Dentistes de France, les comptes rendus résumés des principales réunions, les rapports présentés aux séances, la liste des membres du Groupement (annuaire pour 1909), etc., est en distribution en ce moment.

Avis.

Un marché a été conclu pour la fourniture du charbon à l'Ecole dentaire de Paris pendant l'hiver 1909-1910. Aux termes d'une des clauses de ce marché, la réduction de prix consentie à l'Ecole sera étendue à tous les membres de la Société de l'Ecole habitant Paris qui voudront en bénéficier. Pour tous renseignements s'adresser au Secrétariat de l'Ecole.

A. F. A. S.

CONGRÈS DE LILLE. AOUT 1909.

La Section d'Odontologie.

29e ANNÉE. N° 15 15 AOUT 1909 VOL. XLII

L'ODONTOLOGIE

L'*Odontologie* est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

UN CAS D'ORTHODONTIE SPONTANÉE

Par M. FRANCIS JEAN,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication au Congrès de l'A. F. A. S., Lille 1909.)

Mlle G., 5 ans, nous fut amenée par sa mère en juin 1907, nous demandant d'appliquer un appareil de redressement afin de rendre l'harmonie primitive du facies désorganisée par une béance des dents antérieures survenue progressivement.

A priori, nous nous croyons en présence d'un prognathisme du maxillaire supérieur, mais à l'examen nous constatons simplement une antéversion très marquée des quatre incisives supérieures qui relèvent la lèvre de façon disgracieuse. Nous constatons également la rétroversion des quatre incisives inférieures, en sorte qu'il existait un espace nous permettant de passer l'extrémité du petit doigt entre les deux arcades en occlusion, l'engrènement des molaires étant normal.

La cause de cette anomalie nous parut assez délicate. Nous dûmes, après un examen des plus minutieux, éliminer successivement les diverses causes qui auraient pu exister du côté naso-pharyngien, telles que végétations adénoïdes, polypes et troubles de la respiration.

Après nous être assurés par les témoignages de la mère que l'enfant respirait fort bien par le nez, ne ronflait pas pendant son sommeil et jouissait d'une excellente santé, il nous vint l'idée qu'elle pouvait avoir une mauvaise habitude de succion et que cette seule manie pouvait fort bien être la cause de tous ces désordres.

La réponse de la mère fût que l'enfant avait jusqu'ici toujours sucé son pouce de la main droite et qu'elle n'y avait pas apporté toute l'attention qu'elle aurait dû, n'en connaissant pas les inconvénients.

Dès lors il nous sembla qu'il ne pouvait subsister aucun doute et nous en vînmes à imputer uniquement la cause de cette malformation à l'habitude de succion qu'avait contracté notre petit sujet.

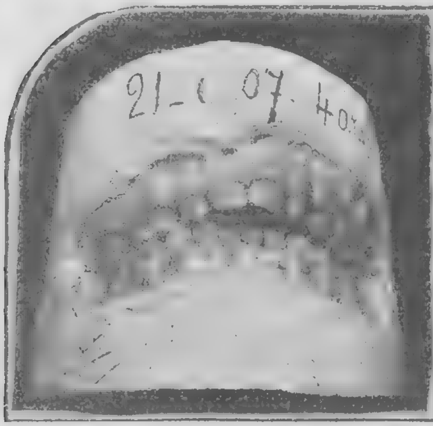


Fig. 1.

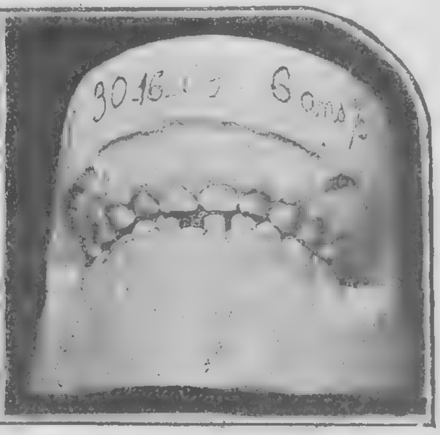


Fig. 2.

Le jeune âge de la petite patiente nous indiquait de différer toute intervention, nous réservant pour plus tard, au moment de l'évolution de la seconde dentition, une application d'appareils orthodontiques.

Nous fimes comprendre à M^me G. la nécessité qu'il y avait à faire perdre radicalement et rapidement cette mauvaise habitude à sa fillette lui recommandant de s'y attacher de son mieux et de vouloir bien revenir à notre consultation quelques mois plus tard. Voici les modèles pris lors de cette première visite (Fig. 1).

Les mois s'écoulèrent, sans nouvelles de l'enfant, et ce n'est que deux ans après que notre petit sujet nous est ramené complètement guéri de sa fâcheuse habitude, bien qu'il ne lui ait pas fallu moins de plusieurs mois pour s'en débarrasser entièrement.

Nous fûmes agréablement surpris en constatant que tout était rentré dans l'ordre: plus de protrusion de la partie antérieure du maxillaire supérieur. Régularité de direction des incisives inférieures. Occlusion parfaite. Une seule dent permanente est en voie d'éruption normale (incisive centrale inférieure gauche) (Fig. 2).

Les moulages pris lors de cette deuxième visite vous démontreront la transformation qui s'est opérée, nous appuyons sur ce point, sans le secours d'aucun appareil mais en supprimant simplement la cause par l'abandon d'une mauvaise habitude.

La suite étant venue justifier nos présomptions et le résultat obtenu étant probant nous en concluons que :

1° Dans bon nombre de cas on pourrait avantageusement temporiser ainsi et par suite éviter à nos jeunes patients les multiples ennuis du port d'un appareil de redressement ;

2° Que souvent aussi, nos différents systèmes ne font que favoriser et précipiter peut-être ce que la nature se chargerait d'accomplir elle-même ;

3° Que particulièrement dans le cas que nous venons de vous citer, la principale action d'un appareil quelconque n'aurait été autre que d'apporter un obstacle à la manie contractée et que parfois, je n'ose dire souvent, nous sommes peut-être enclins à tirer gloire des résultats orthodontiques pour lequel fort probablement, la nature a dû jouer un grand rôle.

L'HYGIÈNE DENTAIRE SCOLAIRE DANS QUELQUES PAYS

Par Mlle B. SOMMER, D. F. M. P.

Il est incontestable que l'hygiène dentaire a fait des progrès énormes dans les vingt dernières années. Elle a été longtemps ignorée par le public et méconnue par le monde scientifique.

On connaît actuellement les relations qui existent entre l'état de la bouche et les maladies générales : on sait que la bouche est le siège d'innombrables micro-organismes qui trouvent dans le milieu buccal des conditions très favorables à leur développement. Ils sont de nature pathogène et non pathogène ; ils restent inoffensifs grâce aux différents moyens de défense que leur oppose l'organisme, mais ils se développent aisément et produisent des lésions graves lorsque l'équilibre biologique du milieu buccal est rompu.

Une mauvaise dentition est accompagnée d'affections de l'estomac et de tout l'appareil digestif. Römer dit : « Les dents malades ne sont pas capables de broyer suffisamment les aliments, de bien les imprégner de salive. Il faut plus de temps au suc gastrique pour bien imprégner et bien digérer les aliments insuffisamment mastiqués qui séjournent ainsi plus longtemps qu'ils ne devraient dans l'estomac et il se produit bientôt par des fermentations anormales des difficultés pour digérer les aliments. Il résulte de là le dérangement de l'estomac.

Les aliments insuffisamment mastiqués irritent la muqueuse de l'estomac qui est amenée à une inflammation chronique, c'est le catarrhe de l'estomac. »

Quelques cas d'adénite bacillaire sous-maxillaire ont été signalés, le bacille de Koch ayant pénétré par la carie d'une molaire.

Si l'anémie produit une décalcification des dents, inversement des dents en mauvais état amenant des troubles digestifs suivis de troubles circulatoires, produisent l'anémie, et préparent le terrain pour la tuberculose.

Jessen dit avec raison que les soins dentaires sont un moyen préventif contre la tuberculose.

D'autre part, il dit : « Des sommes énormes sont dépensées tous les ans pour respirer à la campagne, dans les montagnes, au bord de la mer un air pur et plus libre de micro-organismes, le lait est stérilisé pour tuer les bactéries qui pourraient s'y trouver, mais dans la bouche, on les élève dans le vrai sens du mot. »

Les statistiques ont relevé que la carie dentaire sévit en proportion de 78 0/0 à 90 0/0 dans tous les pays. Des mesures urgentes étaient nécessaires pour enrayer le mal qui faisait des ravages effrayants. Les hygiénistes-dentistes se mirent à l'œuvre. Il s'agissait d'atteindre le mal à sa racine et d'en diminuer la propagation.

Le problème devait se résoudre à l'école. L'enfant représente la future génération. Soumettre l'enfant à une inspection buccale régulière, le soigner à temps, lui inculquer des principes d'hygiène c'était prévenir la carie.

A côté de quelques hygiénistes inlassables, les sociétés dentaires se chargèrent de travailler pour la propagation de l'hygiène dentaire et d'intervenir auprès des autorités publiques pour assurer à l'hygiène dentaire une place officielle à l'école.

L'application de l'hygiène buccale est récente, mais le mouvement remonte à quelques années.

En 1861, le comité central des dentistes allemands prit la résolution de discerner un prix pour le meilleur ouvrage populaire traitant des soins de la bouche des dents. Ce fut un travail de Suersen qui, en 1864, reçut le prix. Il fut traduit dans toutes les langues étrangères et eut plusieurs éditions. C'était la première fois qu'une Société de dentistes intervenait officiellement pour l'hygiène buccale, pour éclairer le public sur le rapport qui existe entre l'hygiène buccale et l'état général. C'est à Röse que revient le mérite d'avoir établi par des recherches et des examens très nombreux la marche désastreuse de la carie, le public s'en était ému, mais les autorités se montrèrent indifférentes et la demande que fit Jessen en 1895 d'examiner les écoliers de Strasbourg fut refusée par la municipalité.

Jessen continua sa propagande et en commun avec Römer adressa à l'administration de Strasbourg une pétition dans laquelle ils offrirent de faire l'inspection des enfants à la policlinique de l'Université de Strasbourg mettant en même temps à sa disposition 6.000 exemplaires d'une brochure de Römer intitulée *l'Importance des soins dentaires pour la santé de l'homme* pour être distribuée parmi les enfants des écoles. Jessen ne pensait pas que ses projets pussent se réaliser bientôt et dans la même pétition il disait : « La proposition de nommer des dentistes scolaires est encore prématurée et elle n'aura sans doute pas de succès, nous préférons la réserver à une génération future. »

Dans quelques villes on commençait à soigner les enfants des écoles grâce à l'initiative privée, et ce ne fût qu'en 1902 que Jessen à Strasbourg obtint l'autorisation d'organiser une clinique scolaire municipale pour laquelle il vit voter un crédit.

Avec une installation qui répond à toutes les exigences de l'art dentaire et de l'hygiène, la clinique fonctionne dans les meilleures conditions.

L'inspection se fait dans les écoles par le dentiste. Les enfants sont envoyés sous la surveillance du corps enseignant à la clinique, principalement en dehors des heures de classe.

Les élèves qui ont de très mauvaises dents peuvent être autorisés à aller à la clinique pendant les heures de travail, mais pas plus de deux élèves de la même classe, pour éviter le dérangement de l'enseignement.

Les élèves qui ont la bouche en mauvais état ne sont pas admis aux colonies de vacances.

Les enfants qui n'ont pas la bouche soignée sont exclus des écoles maternelles s'ils ne se soumettent pas au traitement dentaire.

Les soins dentaires chez les enfants de 3 à 6 ans sont obligatoires.

A l'inspection on fixe les rendez-vous. Les heures de consultation sont de 8 heures à midi et de 2 heures à 6 heures, excepté les fêtes et dimanches.

La clinique a pour principe de remettre toute la bouche de l'enfant en bon état, obturer les dents et extraire celles qui n'ont pas pu être soignées.

Le dentiste de la clinique n'a pas le droit de faire de la clientèle.

Les vacances sont utilisées principalement pour les cas compliqués.

Chaque enfant reçoit le jour de l'inspection, un bulletin qui met les parents au courant de l'état de la bouche.

Un avertissement envoyé par l'instituteur aux parents les prévient d'envoyer l'enfant à une heure déterminée à la clinique.

Au bulletin d'inspection est annexée une notice sur les règles d'hygiène dentaire.

L'enfant emporte la fiche à la maison et la rapporte chaque fois qu'il vient à la clinique.

Pour chaque enfant qui suit un traitement un peu plus long on fait une fiche personnelle qui reste à la clinique, elle porte les dates depuis l'entrée à l'école maternelle jusqu'à la sortie de l'école. Ces fiches roses pour les filles et blanches pour les garçons, sont rangées par lettres alphabétiques.

Des listes sont dressées pour chaque classe et chaque école séparément.

Les principes d'hygiène sont signalés et distribués parmi les enfants, de manière suivante :

1° A l'âge de 2 ans 1/2 les enfants ont 20 dents ;

2° A l'âge de 6 ans pousse au fond de la bouche la première dent permanente, la première molaire ;

3° De 7 à 14 se fait le remplacement des dents ;

4° A l'âge de 12 ans pousse la seconde grosse molaire, à l'âge de 18 à 40 ans la dent de sagesse;

5° Les bonnes dents sont indispensables pour l'estomac et la santé du corps entier ;

6° Les dents de lait ont plus de valeur pour l'enfant que les permanentes pour les adultes ;

7° Des dents de lait saines assurent de bonnes dents permanentes ;

8° Dès le plus jeune âge il faut brosser les dents deux fois par jour, le matin, et surtout le soir ;

9° Depuis l'âge de trois ans, il faut les faire examiner tous les six mois par le dentiste ;

10° Quand elles se carient, il faut les obturer avant qu'elles ne fassent mal ;

11° La bouche qui est la porte d'entrée du corps, doit être complètement saine ;

12° Pour entretenir la bouche en bon état, il faut extraire toutes les racines, quand on ne peut pas les obturer ;

13° Bien mastiquer, c'est bien digérer, c'est pourquoi soignez vos dents.

Le dentiste montre le maniement de la brosse sur lui-même et sur les enfants, l'administration scolaire met à sa disposition des brosses et chaque enfant en reçoit une. De même le bureau de bienfaisance envoie deux pains bis à la clinique que l'on distribue aux enfants, leur expliquant que le pain bis dur fortifie les dents.

Les instituteurs prêtent leur concours précieux au dentiste les secondant dans leur tâche ; des réunions ont lieu pour les instituteurs et institutrices que l'on met au courant des principes d'hygiène buccale ; des conférences sur le même sujet ont lieu, les instituteurs et les parents y sont invités. Des cartes ont été suspendues dans des écoles et les enfants ont devant eux une image vivante de ce qu'on veut leur inculquer.

Les résultats obtenus sont très encourageants. On aurait pu croire que les écoles auraient à souffrir du dérangement causé par l'inspection et par les absences des enfants les jours où ils se font soigner.

L'inspecteur des écoles de Strasbourg a constaté au contraire que les enfants perdaient moins de temps à se faire soigner que de rester chez eux quand ils souffrent des dents. Il dit que le succès des soins dentaires consiste dans une augmentation des forces physiques, intellectuelles et morales de l'enfant et les soins s'imposent dans l'intérêt de l'école même.

Quelques chiffres énoncés prouveront que des soins augmentent visiblement tous les ans et que les enfants ne s'opposent à aucune intervention que l'on trouve nécessaire.

Années	Enfants examinés	Enfants soignés	Dents obturées	Dents extraites
1903	5343	2666	699	2912
1904	6200	4967	4832	6530
1905	4372	6824	7065	7985
1906	834	7491	8340	8552

Les dépenses sont relativement minimes et elles s'élèvent à 1 fr. 25 par tête.

D'après le Dr Jessen, on peut établir les frais d'installation d'une clinique comme il suit :

Frais de bâtiment		3.000	marks.
Installation		3.000	—
Blanchissage et nettoyage		500	—
Matériaux et instruments		200	—
Frais de publication		300	—
Chauffage, éclairage, eau		300	—
Salaire du dentiste des petites villes	3.000	6.000	—
— grandes villes	5.000	8.000	—
Le domestique		1.200	—

Les dépenses annuelles se chiffrent dans les grandes villes à 10 o/o sur le nombre d'habitants.

Le Dr Jessen est d'avis que ce chiffre est suffisant pour répondre à toutes les exigences d'une clinique confortable.

Des cliniques de ce genre ont été organisées aux frais de la municipalité dans 32 villes d'Allemagne.

A ces cliniques vient s'ajouter une clinique privée : la clinique Lingner à Dresde dirigée par le Dr Röse ; elle est installée avec beaucoup de luxe et confort, elle comprend une énorme salle d'attente et 4 cabinets d'opération, où sont occupés dix dentistes du matin au soir pour soigner les enfants, une pièce pour stériliser les instruments, un laboratoire chimique et bactériologique, un laboratoire de photographie et les appareils pour les Rayons X.

Le D^r^ Jessen ne se lasse pas de réclamer la généralisation des cliniques scolaires dans tout le pays. La question des cliniques dans les grandes villes lui paraît très facile à résoudre (à Berlin, il n'existe pas de clinique scolaire). Il faudrait créer une clinique scolaire centrale ayant un directeur à la tête avec plusieurs dentistes. Chaque grande école dans les environs de la ville devrait avoir une pièce claire avec une installation dentaire indispensable où travaillera le dentiste et où il examinera les enfants, cette pièce sera en même temps mise à la disposition du médecin des écoles pour examiner les enfants.

Pour la campagne, il propose les cliniques scolaires ambulantes. Le département nommerait le dentiste et lui procurerait l'instrumentation nécessaire.

Le dentiste visiterait les différentes communes et soignerait les enfants dans une pièce que la commune aurait mise à sa disposition.

L'Allemagne a réalisé un progrès énorme dans ce sens.

Il reste à désirer que cet exemple puisse être suivi dans tous les pays. Quoique l'avis des dentistes sur les soins à donner aux enfants soit unanime et qu'aux sections d'hygiène créées aux congrès internationaux on discute chaque fois la question des cliniques dentaires scolaires, avec beaucoup d'intérêt, bien que l'on prenne la résolution de soumettre la question aux gouvernements respectifs, il faut constater avec regret que dans quelques pays seulement on a vu aboutir des revendications si légitimes.

Des essais du même genre ont été faits à Lucerne, Zurich, Cambridge, Anvers, Bruxelles, Stockholm.

A Lucerne on a organisé une policlinique scolaire divisée en deux parties, la policlinique pour la médecine générale, et la policlinique dentaire. Dans la première on traite des maladies de la peau, les cas simples des maladies des yeux et des oreilles, la petite chirurgie, les maladies constitutionnelles. Dans la seconde consacrée aux maladies dentaires, sont soignés tous les enfants des écoles sans distinction, pas seulement les enfants indigents.

A Bruxelles le service de la clinique scolaire dentaire est assuré par deux chirurgiens-dentistes qui sont rétribués par la ville.

Les soins donnés aux enfants sont absolument gratuits.

Les dentistes visitent chaque école deux fois par an, indépendamment de ces visites, une consultation a lieu au Bureau d'hygiène de la ville tous les jeudis de 8 à 10 heures du matin. Ce service d'inspection ne s'étend qu'aux établissements communaux d'enseignement primaire dont la population se monte à 12.000 élèves, donne des résultats fort satisfaisants tant au point de vue de l'hygiène de la bouche qu'au traitement, le personnel enseignant par des causeries appropriées, s'efforce d'entretenir constamment chez les enfants la préoccupation de donner à la bouche les soins hygiéniques nécessaires. On fait des conférences sur l'hygiène buccale et les enfants sont tenus de faire un résumé par écrit.

A Anvers il existe une clinique scolaire. Le dentiste attaché est payé par la municipalité, il ne s'occupe pas exclusivement de la clinique. Les soins sont gratuits.

En Suède le D^r^ Förberg par son zèle inlassable est arrivé à assurer vite une place importante à l'hygiène dentaire dans les écoles de son pays. Grâce à l'initiative de la Société des dentistes suédois les démarches étaient promptes et le succès n'a pas fait défaut.

En 1896 la Société organise un comité qui examina 18.000 enfants et les résultats furent tels que la Société se décida de prendre rapidement des mesures sérieuses.

Elle organisa des conférences dans les écoles primaires et les lycées de la capitale, elle organisa des cours de lecture sur l'hygiène pour les enfants, les parents des enfants et pour les professeurs.

Elle fonda deux prix de 1.400 francs pour le meilleur livre traitant des dents et de l'hygiène buccale. Le choix tomba sur un livre de Röse, de Dresde, et Rune de Karlsstadt, de Suède. A l'exposition d'hygiène qui eut lieu, la Société exposa les statistiques des caries dentaires.

Les journaux publics s'intéressèrent à la question et insistèrent pour que l'Etat intervint d'urgence.

En 1905 la question fut portée au Parlement et bientôt Stockholm eût sa clinique dentaire scolaire.

De même en Angleterre, l'Association des dentistes mit la main à l'œuvre, elle nomma en 1901 une commission chargée de l'inspection des dents de 10.500 enfants, on trouva seulement 14,2 pour cent exempts de carie d'où il s'en suit que 86 o/o ont besoin de soins.

La Société publia une brochure qu'elle fît distribuer dans le public et intervint auprès du Gouvernement pour organiser l'inspection dentaire obligatoire.

Dans les écoles libres les enfants ne sont pas soignés, ils sont seulement examinés ; des fiches sont dressées et portées à la connaissance des parents. Dans les écoles des pauvres « Poor Low Schools » où les enfants sont élevés par l'Etat, les enfants reçoivent des soins médicaux et dentaires. Les soins médicaux sont obligatoires mais point les soins dentaires.

Dans ces écoles les dentistes examinent les enfants une fois par semaine ou tous les quinze jours et font les soins nécessaires.

Actuellement il n'existe pas des cliniques scolaires excepté à Cambridge. La Société dentaire scolaire fait beaucoup de propagande pour l'organisation des cliniques scolaires. La clinique municipale gratuite peut seule compter sur le succès. Les tentatives privées ont éprouvé des échecs.

A Kettering une clinique a été établie avec l'autorisation des autorités. Les enfants devaient payer une petite indemnité pour les soins soit : extraction simple 1 s. Avec anesthésie générale 5 s. Obturation en moyenne de 2 s. 6 d. Peu d'enfants se présentèrent à la clinique et tout a été abandonné.

La clinique qui fonctionne à Cambridge sous la direction du Dr Cunningham est la seule qui existe en Angleterre. Elle est très bien organisée, par une idée heureuse on a su lui enlever le caractère sévère que porte en général une clinique. Les enfants y vont avec plaisir et trouvent dans la salle d'attente qui a été transformée en salle d'agrément, toutes sortes de jeux pour s'amuser.

A côté se trouve la salle d'opération située en face d'un jardin. Ici on fait exclusivement des soins et l'enfant vient en toute confiance s'asseoir dans le fauteuil où il ne craint pas la surprise du davier, car les extractions ne se font pas à la clinique ; c'est à l'hôpital où une salle a été mise à la disposition du dentiste scolaire.

En France l'hygiène dentaire scolaire n'a pas été favorisée autant que dans les pays que nous venons de citer. Peu de dentistes s'y intéressent et les autorités s'en désintéressent presque complètement. Dans les écoles communales aucune disposition n'a été prise jusqu'à présent pour introduire l'hygiène dentaire, au contraire, une loi existante empêche le dentiste de pénétrer dans l'enceinte d'une école ; en vertu de la loi, en dehors des professeurs peuvent seuls pénétrer dans l'école, les inspecteurs, les délégués cantonaux et le médecin. C'est donc simplement une tolérance quand le dentiste peut faire l'examen de la bouche à l'école et alors sur sa propre demande.

L'inspection bénévole se réduit le plus souvent à quelques lycées et écoles primaires supérieures, dans les écoles communales il n'existe presque rien.

Dans les pays que nous venons de citer il s'est produit juste le contraire. On s'est efforcé d'inspecter et de donner les soins aux enfants des classes peu aisées qui fréquentent les écoles communales et qui n'auraient ni le temps ni assez de moyens pour payer les frais du dentiste.

Je crois que le reproche ne peut être adressé seulement aux autorités qui restent indifférentes à ce mouvement social, mais surtout à nos collègues français qui n'ont pas manifesté assez d'énergie pour voir aboutir des revendications aussi légitimes.

Il ne suffit pas que par ci par là un dentiste animé des sentiments humanitaires parvienne à pénétrer dans une école pour prodiguer quelques soins. Il faudrait qu'en prenant un exemple sur l'Angleterre, il existe une société dentaire scolaire qui s'occupe des intérêts de l'hygiène dentaire scolaire, elle ferait la propagande nécessaire pour éclairer la population et interviendrait auprès des autorités pour hâter des réformes utiles à la santé publique.

N'est-ce pas déjà un bon commencement que la circulaire du ministre de l'Instruction publique du 23 mars 1908! Elle est due à l'initiative de M. Lamy, directeur général des écoles supérieures.

Cette circulaire s'adresse à toutes les écoles normales et internats (qui dépendent de l'Etat); dans tous ces établissements on a organisé un service dentaire. Deux dentistes sont nommés, l'un comme dentiste inspecteur, l'autre comme dentiste traitant. Le premier examine les élèves deux fois par an, dresse des fiches que l'on adresse aux parents leur signalant l'état de la bouche de l'élève. Les parents sont libres de soigner leur enfant où ils veulent. L'inspection se fait deux fois par an, elle est obligatoire. Il n'y a pas de salle d'opération dans les écoles, le dentiste traitant, s'il est désigné par les parents pour traiter l'enfant, exécute le travail dans son cabinet.

Le dentiste traitant n'est nullement sous le contrôle du dentiste inspecteur comme on l'a pensé. Celui-ci a le devoir de signaler l'état de la bouche sans s'occuper de quelle façon le travail a été fait.

Dans un certain nombre de villes les dentistes ont refusé d'accepter le service d'inspection ou de subir le contrôle d'un de leur collègue. Pour les établissements situés dans les villes, une décision ministérielle du 7 décembre 1908 a décidé que l'inspection dentaire serait confiée au médecin de l'école qui serait chargé d'établir et de tenir à jour les fiches dentaires.

Le total des dépenses prévues pour le fonctionnement des services dentaires dans les écoles normales est de 14.360 francs (6.810 francs pour les écoles normales d'institutrices et 7.550 pour les écoles normales d'instituteurs).

Je tiens ces chiffres et les renseignements sur l'application de la circulaire du 23 mars 1908 de M. l'Inspecteur général Lamy qui s'intéresse beaucoup à la question et que nous remercions pour son concours encourageant à l'œuvre humanitaire que nous poursuivons.

La circulaire de 1908 constitue un grand progrès, elle a établi la fiche dentaire obligatoire ; elle s'adresse aux futurs instituteurs et institutrices qui sont destinés à diriger l'éducation des enfants, ils seront donc en état de leur inculquer quelques principes d'hygiène dentaire.

Des services dentaires sont organisés de même dans les établissements de l'Assistance publique ; des services réguliers fonctionnent une à deux fois par semaine dans les hôpitaux où les malades reçoivent des soins d'urgence.

Toutes ces innovations sont très utiles mais pas suffisantes pour enrayer la carie dentaire. Pour arriver à assainir les dents de la population et améliorer son état de santé, il faut instituer la clinique scolaire. Ce serait un moyen prophylactique contre la tuberculose, ce fléau de la société qui a lui seul tue plus d'individus que toutes les autres affections.

Il vaut mieux prévenir que guérir.

REVUE DES REVUES

PREMIER CAS DE CARIE INTERNE

avec contribution spéciale à l'intelligence de la sensibilité et de l'hyperesthésie de la dentine et à l'étude des diverses fonctions de la membrane alvéolo-dentaire.

Par M. E. Coraini, de Naples.

Il s'agit d'un homme qui vint me consulter pour des douleurs dont il souffrait depuis longtemps, et qu'il attribua tout à coup à une deuxième grosse molaire. Mais, par la suite, ne les éprouvant ni par la température des aliments, ni par celle des boissons, ni par les efforts masticatoires, il finit par douter de cette origine, d'autant plus que, de temps en temps, il éprouvait des douleurs névralgiques à l'oreille gauche.

C'était un homme jeune encore, et très bien portant.

Même à l'examen spécial le plus minutieux et le plus complet, je ne trouvai pas grand'chose. La muqueuse de la bouche et de l'arrière-bouche était seulement un peu congestionnée çà et là, en raison du dépôt de tartre et de nicotine (c'était un fumeur impénitent), et elle présentait quelques plaques de *leucoplasie* légères et peu étendues. Les dents présentes, au nombre de trente et une, étaient presque toutes saines. Même celles qui étaient obturées étaient encore en bon état, excepté une dent de six ans et une dent de sagesse qui étaient cariées à nouveau autour de l'obturation d'amalgame située au milieu de la face triturante de chacune d'elles. Parmi les autres dents, qui n'étaient pas obturées, seule une première prémolaire avait une petite carie sur la face proximale postérieure.

Tout l'examen porte donc à incriminer comme cause de ces douleurs les trois dents affectées de carie, et spécialement la dent de sagesse.

Pourtant, après leur traitement, les douleurs ne disparurent pas.

Alors, dans un but d'exploration je procédai à l'ablation du tartre de toutes les dents. Cela permit de mettre mieux en évidence un état de *déchaussement alvéolaire* [1], qui affectait les racines palatines des six grosses molaires supérieures, et surtout celle de la dent de douze ans qui était dénudée jusqu'à l'apex, celui-ci à peine recouvert par les parties molles.

---

[1] *E. Coraini.* — Deicenza alveolare nel macellare superiore. Napoli ripoque fia A. Tocco, anno 1900.

Peut-être les douleurs provenaient-elles de cela ? Il s'agissait donc d'un cas de dénudation de la racine palatine ou d'un cas d'atrophie alvéolaire précoce [1], et après avoir examiné à fond tous les arguments qu'on pouvait invoquer dans le cas présent, pour l'une ou pour l'autre hypothèse, je trouvai que, en supposant que la deuxième molaire eût été dévitalisée à l'époque de son traitement, il ne pouvait plus rester aucun doute entre les deux hypothèses, et je conclus en faveur de la dénudation de la racine palatine.

C'était pourtant une question importante seulement au point de vue scientifique, parce que au point de vue pratique, il s'imposait, au moins dans un but d'exploration, d'ouvrir la deuxième molaire.

J'y procédai avec le plus grand soin possible : j'enlevai la vieille obturation d'amalgame sans entamer les tissus dentaires sous-jacents. Je pus constater que la dent était intacte, mais que la pulpe était morte ; et je pus en faire l'ouverture de façon à enlever le morceau de dentine qui se trouve compris entre les cornes de la pulpe, et à recueillir la pulpe tout entière, pour soumettre l'une et l'autre à l'examen microscopique.

Celui-ci me donna l'occasion [2] de trouver un nouveau procédé de technique microtomique, pour avoir des sections de dentine régulièrement très fines, ce qui dans ce cas-là avait présenté une difficulté insurmontable avec tous les procédés jusqu'alors connus. Cette méthode, préconisée par moi, fut trouvée applicable à tous les cas où il s'agit de sectionner des tissus durs, même quand ils ne peuvent pas être décalcifiés complètement [3], [4].

Les résultats microscopiques de ces recherches, me permirent de constater que la dent avait subi deux attaques de carie ; une ancienne qui devait remonter à l'époque du premier traitement curatif de la dent ; l'autre, récente, qui devait coïncider avec l'apparition des douleurs en question.

Le côté exceptionnel et tout à fait nouveau de cette dernière attaque de carie réside dans la porte d'entrée des microorganismes à travers le trou apical de la racine palatine de la deuxième molaire, qui a valu à cette carie le nom spécial de carie interne, et qui en fait le premier cas sûr, quoique d'autres aient déjà été signalés plus ou moins incertains par Fauchard, Désirabode, Schiller, Flagg, Arkövy, etc.

---

[1] *Nessel.* — In Scheff. J. (Sun.) Handbuch der Zahnheilkunde « Wien, 1892. Band. II, Abtheilung I ; S. 590 « Denudatio radivis palatinakis ».

[2] *E. Coraini.* — Le sezioni microtomicle della dentina e le sezioni in serie « Stomatologia » vol. III. Milano, genn 1905, vol. III nº 4.

[3] *Anile A.* — Le glandole duodenali o del Brunner. 2 pag. de Gen. mero e Morana. Napoli 1903.

[4] *Vastarini Cresi G.* — Les anastomosi artero-venose nel l'uomo. Napoli. Tipografia S. Germani 1903.

Mais, comment une dent morte peut-elle agir comme appareil de réception périphérique des impressions, et par quelles voies nerveuses peut-elle les transmettre au cerveau, jusqu'à y provoquer des sensations si douloureuses ?

C'est là le point le plus important du travail et pour en donner une réponse, j'ai passé en revue très rapidement toutes les études et les connaissances les plus récentes en anatomie et en physiologie spéciale, en histologie et en physiologie générale. Je suis arrivé à une conception ou hypothèse personnelle relativement à la division du travail physiologique du protoplasme, dans son évolution à travers l'organisation des êtres vivants, c'est-à-dire dans l'agrégation cellulaire jusqu'à la constitution des êtres supérieurs métazoaires, l'homme compris. Cette hypothèse consiste en ce que tout en arrivant à avoir dans l'organisation d'un métazoaire des cellules spéciales, celles-ci conservent, toujours et quand même, toutes les fonctions fondamentales de la vie, y compris celles de relation.

La dentine quoique minéralisée, est douée de toutes les fonctions de la vie, et, dans la dent sans pulpe, elle doit se concevoir encore vivante quoique dans un état dépressif ce qui montre l'erreur de l'expression et de l'idée de *dent morte,* qui doit être abandonnée pour celle de *dent sans pulpe*.

De cette façon, sans pouvoir ni concevoir, ni admettre, ni nerfs, ni terminaisons nerveuses dans les tissus durs de la dent, avec la seule notion histologique et anatomique de la continuité entre la substance fondamentale métoplastique des odontoblastes (dentine), d'un côté avec celles des adamantoblastes (émail) et des cémentoblastes (cément), de l'autre côté avec les cellules de la couche intermédiaire de la pulpe et ses fibres et terminaisons nerveuses, ou avec les cellules ostéoblastiques de la membrane alvéolo-dentaire et ses fibres et terminaisons nerveuses, on peut arriver à comprendre la possibilité de la *sensibilité*, et de l'hyperesthésie de la dentine de dents jusqu'ici dites mortes, mais aujourd'hui appelées sans pulpe.

C'est ce qui a été en partie entrevu et admis déjà par d'autres auteurs : Arkövy, Black, Baume, Huber, etc., sans pourtant qu'ils puissent en donner, comme je le fais, une explication complète posée sur des faits et des connaissances scientifiques sûrs.

CONGRÈS DE LILLE

2-8 août 1909.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Le Congrès de Lille vient de clôturer ses travaux : il serait prématuré de vouloir, dès maintenant, en préciser les heureuses conséquences; néanmoins, il faut en dire la grande et légitime réussite. Ce succès n'était pas imprévu : il est constant, il est normal, étant donné l'esprit qui anime ceux qui participent à ces réunions annuelles, et ceux qui ont la charge de les organiser.

Les Congrès de l'A. F. A. S. comportent, pour toutes les sciences qui y sont représentées, une marche régulière, sans à-coups ; chaque année marque un pas en avant ; le travail est préparé pour les années suivantes, et peu à peu, les questions sont mises au point, car aucune science ne saurait avoir l'orgueilleuse prétention d'atteindre d'emblée à la perfection ; maillon par maillon, on y forge la chaîne ininterrompue du progrès, et les bons ouvriers qui se vouent à cette tâche, savent qu'ils servent ceux qui viendront après eux ; leur effort est fécond : ici aussi, on retrouve le symbole de l'antique course du flambeau.

La science odontologique a été servie par ces Congrès annuels qui, dans toutes les régions successivement, font coopérer les bonnes volontés, et groupent les individualités, qui s'ignoraient jusque-là. Elle doit donc beaucoup à la grande Association française pour l'avancement des sciences, *au sein de laquelle elle a conquis la plénitude de son droit de cité : actuellement elle en constitue l'une des sections les plus importantes, et les plus actives. On en aura conscience, en lisant le compte rendu que le dévouement de notre collaborateur M. Pailliottin a fait aussi complet que possible.*

Sous la présidence éclairée et pleine de tact de M. Siffre, les séances se sont déroulées avec toute l'ampleur que comportaient les sujets traités ; dans les discussions toujours courtoises, mais sans morgue, chacun pouvait intervenir, et était écouté, quoiqu'en puissent penser et écrire certains humiliés quand même, à qui semble porter ombrage le voisinage de personnalités éminentes, et pour qui tout hommage rendu au mérite est indice de servilité.

Par une heureuse innovation dont le mérite revient à M. Siffre, les odontologistes et les anthropologistes ont tenu une séance commune, et ont pu apprécier dans quelle mesure ils se peuvent entr'aider au cours *de l'étude de certaines questions ; il est à souhaiter que ces rencontres se renouvellent dans l'avenir.*

Il serait injuste de ne pas comprendre dans les éléments de réussite du Congrès l'accueil de nos confrères du Nord, leur comité d'organisation mérite tous nos remerciements, et particulièrement le président et le vice-président, nos excellents confrères Brun et Bellmann (de Lille) dont la large et cordiale hospitalité comptera parmi les meilleurs souvenirs de beaucoup d'entre nous.

Faut-il rappeler que la seule note discordante a été fournie par les officiels de la région ? on pourra regretter, — pas trop, puisque en somme, on s'en est passé — que la clinique dentaire de la Faculté soit demeurée fermée, sous le prétexte officiel *des vacances. Une légère insistance de* **M.** *le Directeur de la clinique n'aurait-elle pu faire fléchir le règlement ? Quoiqu'il en soit, cela nous aura au moins valu de recueillir de M. le professeur Cavalié l'assurance que le jour où l'A. F. A. S. viendra siéger à Bordeaux, la clinique dentaire de l'Université de Bordeaux sera, même pendant les vacances officielles, largement ouverte aux congressistes, et servira à leurs démonstrations.*

En attendant, on a pris rendez-vous pour 1910 *à Toulouse, où sous la présidence de notre rédacteur en chef M. Roy, assisté de MM. Durand (de Lyon) et Lee (de Reims) comme vice-présidents, les dentistes français viendront en grand nombre assurer le succès toujours plus éclatant de nos Congrès annuels et où nous espérons revoir aussi des étrangers comme nos excellents confrères belges qui étaient venus très nombreux à Lille. On peut souhaiter et prédire à la future réunion de Toulouse un succès égal à celle de Lille.*

Henri Dreyfus.

Section d'Odontologie.

COMPTE RENDU

Par M. J. Pailliottin,

Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

Le 9e Congrès organisé par les odontologistes depuis leur admission à l'A. F. A. S., a eu lieu à Lille du 2 au 8 août. Si d'autres Congrès ont été favorisés par un temps plus radieux, par un soleil plus brillant, peu nous ont paru aussi intéressants par l'ampleur des questions qui y furent traitées et par l'importance des résolutions qui y ont été prises. Dans l'ambiance de la grande cité industrielle où le travail règne en maître, une plus grande activité sembla s'emparer des congressistes et à presque toutes les séances nous dûmes, pour sortir du Lycée Fénelon, réclamer l'ouverture des portes fermées déjà depuis longtemps.

Une fois de plus notre section a mérité le renom qu'elle a acquis à l'A. F. A. S., à savoir qu'elle est celle dont les séances sont le plus chargées et où l'on fait le plus de besogne.

Le Comité local avait commencé le Congrès dès le dimanche soir 1er août, par une réception offerte aux congressistes présents à Lille. Sous la présidence de M. Brun, président du Comité local, une trentaine de congressistes se trouvèrent donc réunis à la Taverne Charles. Parmi ceux-ci, quelques-uns venaient d'assez loin ; nous remarquâmes, entre autres, MM. Bouvet, d'Angers ; Calame, de Valence ; Maman, de Charleville ; Quintin, de Bruxelles ; Siffre, Godon, Barden, Sauvez, G. Villain, H. Villain, Frison, Grimaud, Platschick, etc., etc., de Paris ; autour du président, se groupaient nos confrères lillois : Gillet, Béal, Bettmann, Tondeur, Lohier, Van Aerde, Beauvaerts, etc.

Le président du Comité local souhaita la bienvenue à tous ; il exprima l'espoir que l'exemple de l'activité prodigieuse qui règne dans cette région du Nord serait pour nous une source d'énergie ; il se félicita de voir que nos confrères belges se proposaient de venir nombreux au Congrès ; du reste la Belgique semble plutôt pour les Lillois, faire partie du département du Nord qu'être un pays étranger, tant sont grandes les affinités qui rapprochent les habitants.

Après M. Brun, notre confrère Siffre, président de la section, remercie d'abord M. Godon qui, dit-il, a été le promoteur de la création de la section d'odontologie à l'A. F. A. S. ; il rappelle à ce propos, quelques anecdotes qui montrent en quelle considération nos efforts sont tenus par les dirigeants de cette puissante association. Il se félicite de voir qu'ici on oublie toutes les questions de personnalité pour ne voir que la science ; il pense que ces réunions purement scientifiques ne sont pas assez nombreuses tant sont complexes les questions variées qui nous occupent actuellement, et émet le désir de voir les principales sociétés dentaires de Paris tenir deux ou trois fois par an des réunions générales où la discussion pourrait revêtir une ampleur qu'elle n'atteint pas en général. Il félicite particulièrement ceux d'entre les congressistes qui, animés d'un beau zèle scientifique, vont après le Congrès de Lille, se rendre à Berlin, où l'on fera de bonne odontologie, et ensuite à Budapest, où l'on fera de l'*odontologie démarquée*. Il termine en associant au toast qu'il porte au succès du Congrès la presse lilloise qui est représentée à la réception.

M. Quintin prend la parole pour remercier des souhaits de bienvenue adressés aux confrères belges ; ceux-ci sont heureux de se trouver en contact avec des Français auprès desquels ils puisent des conseils et des exemples pour leurs propres revendications ; il s'excuse, en leur nom, de ce qu'ils ne puissent rendre à la France autant que celle-ci leur donne.

M. Sauvez dit que la science n'a plus de frontières et qu'il n'est que juste que les uns plus favorisés par les circonstances, fassent part aux autres de ce qu'ils ont pu acquérir ; il déclare en outre que les Belges sont trop modestes car leurs travaux propres apportent aussi une large contribution aux progrès de la science odontologique.

M. Godon remercie le comité local ; il se rappelle qu'il est venu à Lille en 1873, et constate la multiplication des dentistes qui s'est opérée depuis cette époque. Il rend hommage au professeur Redier dont il regrette l'absence, et dit que celui-ci a beaucoup contribué à l'essor de la science odontologique dans cette région du nord ; il compare son influence à celle de Claude Martin, ajoutant que malgré les divergences de vues qui les séparent, il est heureux de constater combien de tels hommes honorent la science odontologique.

Il est aussi très satisfait de voir les jeunes confrères lillois suivre avec empressement les séances du Congrès, montrant ainsi qu'ils comprennent l'importance qu'ont pour les progrès de la science professionnelle, les Congrès annuels de l'A. F. A. S. Cette section a été créée, ajoute-t-il, parce que l'on a compris combien il était difficile de pouvoir en se bornant aux seules ressources des chirurgiens-dentistes, faire chaque année un congrès d'une grande ampleur.

Il rappelle certaines de ces réunions qui ne furent pas couronnées de succès, et dit que c'est seulement grâce aux puissants moyens d'action dont dispose l'A. F. A. S., que les dentistes peuvent organiser des Congrès aussi brillants. Le but de ces réunions est de vulgariser les progrès qu'a accomplis la profession ; de prouver que les dentistes travaillent assidûment pour le plus grand profit de l'hygiène publique et privée ; il est donc nécessaire que tous les confrères suivent assidûment les travaux de la section afin d'en retirer le maximum de bénéfices pour leur instruction professionnelle.

M. Grimaud propose un toast à M. Siffre pour le remercier du zèle qu'il a déployé dans la préparation du Congrès, puis nous nous séparons pour nous retrouver le lendemain matin dans la salle de théâtre provisoire (car le théâtre détruit par un incendie il y a 7 ans, n'est pas encore reconstruit) où a lieu la séance d'inauguration sous la présidence du D^r^ Landouzy, doyen de la Faculté de médecine.

Son titre de doyen imposait au D^r^ Landouzy le devoir absolu de faire l'éloge de la médecine. Il n'a pas failli à sa tâche et après avoir retracé l'évolution et les conquêtes dans l'art de guérir qui ont suivi les découvertes de Pasteur, il a dépeint la situation particulièrement importante qu'occupe le médecin dans la société actuelle. Il a déclaré que le domaine médical s'accroissait toujours par l'application des lois strictes de l'hygiène et nous a montré le praticien comme un surhomme auquel rien n'est étranger.

Cette conférence a eu un vif succès ; pour notre part personnelle (mais cela n'a du reste que fort peu d'importance) nous avons, en l'écoutant, pensé au vieux proverbe : « qui trop embrasse... », et nous pensons que bien peu pourront avoir le temps d'acquérir des notions aussi étendues et de s'astreindre à un labeur aussi considérable. Sans vouloir dénier au médecin l'importance de sa fonction sociale, nous pensons et penserons toujours qu'il est des connaissances que l'étude seule peut nous permettre d'avoir et que la seule collation du parchemin doctoral ne confère pas l'omniscience que le Dr Landouzy a essayé de nous montrer comme étant l'apanage de ses confrères.

Le soir, à 2 heures, dans une des salles du lycée Fénelon, la section d'Odontologie tint sa première réunion. Le président remercia le comité local de ses efforts ; souhaita la bienvenue aux nombreux confrères belges présents et aux Français qui se sont dérangés de très loin ; il fit appel au dévouement de tous les membres, à leurs sentiments de bonne confraternité pour travailler courageusement et activement aux progrès de la science odontologique, car c'est là le seul but des Congrès annuels de l'A. F. A. S. ; il termina en rappelant que nous devrons nous réunir pour une séance avec l'une des plus anciennes sections de l'A. F. A. S., la section d'anthropologie.

M. Siffre déclara ouverte la session, et donna la parole aux auteurs de communications.

M. PRUDHOMME. — LES FISTULES DU SINUS MAXILLAIRE.

M. Prudhomme (de Reims) nous donne lecture de sa communication sur *les fistules du sinus maxillaire* dont voici le résumé succinct :

Parmi les complications qui peuvent survenir au cours ou à la suite des affections du sinus maxillaire, les fistules représentent une variété qui devrait attirer d'une façon toute spéciale l'attention du praticien, tant au point de vue de leur rareté que des erreurs de diagnostic auxquelles elles peuvent donner lieu.

Les fistules du maxillaire sont externes ou internes. Elles ont pour origine :

1° Les abcès du sinus maxillaire, d'origine dentaire, jugale, orbitaire, nasale, chirurgicale ;

2° Les plaies du sinus, par instruments piquants et tranchants ;

3° Les fractures des parois du sinus avec enfoncement des fragments ;

4° Les épanchements sanguins dans l'intérieur du sinus (contusions, rupture d'un kyste du sinus, épistaxis) ;

5° La présence de corps étrangers ou de parasites ;

6° La carie et la nécrose du maxillaire.

Ces fistules peuvent s'ouvrir :

1° A l'extérieur (joue, paupière inférieure);

2° A l'intérieur (bord alvéolaire, paroi antérieure du sinus ou au niveau de la voûte palatine).

Généralement, il n'y a qu'un orifice, quelquefois cependant, il peut y en avoir plusieurs.

Les fistules du sinus se caractérisent par l'écoulement du pus par l'orifice de la fistule ; quand les malades font effort pour se moucher il y a passage d'air. De même, une injection poussée par l'orifice fistuleux peut sortir par la fosse nasale correspondante : ces deux derniers symptômes sont subordonnés à la libre communication entre le sinus et les fosses nasales.

Quand on se trouve en présence d'une fistule interne, il faut d'abord procéder à l'inspection minutieuse de la bouche pour savoir si cette fistule n'est pas d'origine dentaire ; examiner également si cette fistule ne résulte pas de la carie ou de la nécrose du bord alvéolaire. Quand on se trouve en présence d'une *fistule externe*, il faut faire le diagnostic avec les fistules d'origine dentaire, les fistules résultant de la carie ou de la nécrose du maxillaire, les fistules d'origine parasitaire (actinomycose), les adénites géniennes fistuleuses, les adénopathies diathésiques, les kystes sébacés, les fistules du canal de Sténon.

Les procédés d'investigation basés sur l'examen des symptômes comprennent :

1° La trépanation du sinus, soit par le fond de l'alvéole, soit par la voie canine, soit par le méat moyen, suivie de lavages antiseptiques;

2° Cathétérisme à l'aide de styles très fins ;

3° Eclairage du sinus ou diaphanoscopie.

Le traitement des fistules comprend :

1° La trépanation suivie d'injections antiseptiques et de drainages, cette trépanation peut se faire par les moyens que nous avons indiqués (Cowper, Drake, Lamorier, Desault);

2° La cure radicale (trépanation suivie d'un curettage du sinus) par un des procédés indiqués ou par le procédé de Luc.

DISCUSSION.

M. Roy désire envisager un cas particulier de l'ouverture du sinus par l'extraction. Souvent il arrive que par suite de lésions anciennes, concomitantes à des caries avancées, l'os a subi des altérations telles que l'ouverture du sinus est fatale quand on pratique l'avulsion de la dent malade ; mais ces cas, dit-il, ne sont pas intéressants ; ceux dont il veut parler sont ceux dans lesquels la racine n'étant recouverte que par une mince lame osseuse ou simplement par la muqueuse sinusale, l'ouverture se fait d'une façon mécanique et non pathologique. Dans ces cas, il conseille de ne pas intervenir d'une façon trop radicale, afin de ne pas infecter un sinus qui peut ne pas l'être ; on se bornera à faire un lavage qui montrera s'il y a du pus ; si cela n'est pas on ne fera plus ensuite aucune injection sinusienne, car cela pourrait amener l'introduction dans cette cavité de produits septiques qui pourraient en amener l'infection ; il préfère laisser les choses en l'état, la prolifération des muqueuses gingivale et sinusienne suffisant à oblitérer le pertuis ainsi formé.

Il cite un cas différent qu'il a récemment observé : le porteur avait une fistule gingivale, du pus sortant par la narine, et on avait porté le diagnostic de sinusite. En réalité, cette fistule provenait d'un kyste dentaire suppuré qui avait été s'ouvrir secondairement à la partie supérieure du sinus ; la guérison a été amenée par le traitement radical du kyste, alors que si on avait institué le traitement propre de la sinusite on n'aurait obtenu aucun résultat.

M. Grimaud remarque que M. Prudhomme n'a pas parlé des fistules du sinus qui peuvent être causées soit par la non-existence, soit par l'oblitération de l'ouverture du sinus dans le méat moyen. Dans ces cas on observe une sorte de fluxion osseuse, un gonflement de l'os malaire, occasionné par l'accumulation des liquides sécrétés par les glandes de Giraldès qui ne peuvent s'échapper de la cavité ; il regrette que l'auteur n'ait pas cru devoir indiquer un traitement de choix.

M. Pont dit qu'à la liste des corps étrangers du sinus on peut ajouter les racines dentaires qui peuvent être enfoncées facilement dans cette cavité au cours des manœuvres d'extraction, surtout quand l'os est déjà nécrosé ; il n'est pas partisan de l'appellation « carie des maxillaires » ; il aimerait mieux le terme de tuberculose osseuse par exemple, qui aurait l'avantage de ne pas prêter à confusion. Il aurait également aimé à entendre parler du procédé de Sebileau qui rend de grands services.

M. Siffre se félicite de voir que les dentistes songent à s'occuper des altérations du sinus qui sont très souvent d'origine dentaire et félicite l'auteur de son intéressante communication.

M. PRUDHOMME. — UN CAS D'ÉROSION ATYPIQUE.

Il s'agit d'une jeune fille de 21 ans, présentant une érosion dentaire remarquable. On retrouve dans ses antécédents héréditaires une tuberculose paternelle ; dans ses antécédents personnels, une fièvre éruptive, la rougeole à cinq ans. L'érosion porte sur la couronne de toutes les dents, et l'on remarque une destruction complète de l'émail et d'une partie de l'ivoire. Les racines étaient absolument saines et l'on ne trouve aucune carie. L'extraction a été faite dans un but purement esthétique. La question se pose de savoir si cette altération provient d'un trouble physiologique, d'origine héréditaire (tuberculose paternelle) ou d'origine personnelle, consécutif à une fièvre éruptive.

En ce qui concerne l'hérédo-syphilis, la question ne peut être facilement élucidée.

M. Brun a observé un cas tout à fait identique ; il n'a pu, lui non plus en retrouver l'origine.

M. Godon demande, ainsi que *M. Grimaud* pour quelles raisons on a enlevé les dents et *M. Grimaud* ajoute que des coupes histologiques auraient peut-être pu donner des renseignements.

M. Roy dit que ce cas lui semble être plutôt une véritable destruction des tissus dentaires par décalcification générale des dents.

M. Pailliottin dit que la cause ne peut être facilement élucidée. Il rappelle les conclusions de Theuveny au sujet des répercussions dentaires occasionnées par toute espèce d'intoxication que peuvent avoir subi les générateurs (alcoolisme, saturnisme, etc.). Il pense donc que, dans des cas semblables, c'est surtout l'auteur qui peut donner des renseignements à ses confrères, car, voyant le sujet, il peut reconnaître chez lui un ensemble de manifestations, qui, coordonnées et rassemblées, permettent de poser un diagnostic plus précis, tandis qu'avec les dents seules, on est réduit à de simples hypothèses.

M. Prudhomme répond qu'il a arraché les dents dans un but purement esthétique.

M. GEORGES VILLAIN. — QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'APPLICATION DU STAGE DE PROTHÈSE. — (Décret du 11 janvier 1909.)

L'auteur fait l'historique du stage de prothèse et en rappelle le but : retarder l'âge d'entrée de l'élève à l'Ecole dentaire, lui conférer le droit d'exercice à 21 ans, en permettant l'enseignement manuel pendant sa jeunesse et une meilleure préparation aux études professionnelles ; il indique le programme de ce stage, véritable P. C. N. dentaire, qui prépare l'élève, par l'enseignement scientifique de la prothèse, à une meilleure scolarité.

L'application de ce programme de stage peut se faire chez le praticien ou dans un laboratoire spécial, rattaché à un établissement d'enseignement professionnel. L'auteur indique les difficultés que rencontrera le praticien qui acceptera de former des stagiaires, et l'impossibilité où il sera de donner à ceux-ci l'enseignement théorique et technique qu'institue ce programme.

Dans ses conclusions l'auteur demande des garanties au sujet de l'application de ce stage :

1° Réduire au minimum, le nombre des autorisations de stage chez les praticiens ;

2° Une surveillance effective des stagiaires ainsi préparés ;

3° Des examens de validation sévères et réels ;

4° Des jurys d'examen composés de chirurgiens-dentistes, prothésistes.

Il termine en faisant appel à tous les odontologistes, de qui il réclame une discipline professionnelle rigoureuse, pour ne pas compromettre cette victoire odontologique et éviter la dépréciation et l'échec de cette grande et importante réforme, que certains ne manqueront pas de chercher à faire devier de son but.

Discussion.

M. Godon se félicite de voir une discussion s'ouvrir au sujet du stage de prothèse qui constitue une partie importante des nouveaux décrets. Les pouvoirs publics, jusqu'à présent, semblaient ignorer l'importance de la technique dentaire qu'ils semblaient considérer comme limitée seulement à l'extraction. Le décret de 1892 n'était pas mauvais, en ce sens que le troisième examen comprenait une partie technique ; mais nous pouvons constater qu'il a dévié et ne donne pas les résultats qu'on était en droit d'en attendre, car ceux qui ont été chargés de l'appliquer l'ont faussé.

Il ne faut pas que celui-ci ait le même sort que son aîné. Il rappelle que l'exclusion des chirurgiens-dentistes, des jurys d'examen a été due surtout à des rancunes politiques, suscitées par l'échec subi devant le Parlement par ceux qui réclamaient des subsides pour la fondation d'écoles dentaires officielles. Le stage chez les dentistes a été vivement combattu par les odontologistes : finalement on a dû l'accepter pour ne pas faire échouer tout le projet, mais il faudra que les organisations professionnelles exercent sur les conditions d'exécution du stage un contrôle rigoureux, afin d'éviter son échec ce qui entraînerait l'échec du projet tout entier ; il faudra veiller à cela d'autant plus sérieusement que les expériences faites en Allemagne et en Angleterre ont été mauvaises, comme du reste le stage en pharmacie chez nous.

Il a toujours été d'avis que le stage ne peut avoir lieu d'une façon complète, telle que l'exige le décret que dans les écoles qui seules offrent le corps enseignant indispensable pour mener à bien cette préparation scientifique des stagiaires.

Le grade de chirurgien-dentiste va donc nécessiter cinq ans d'études, comme pour le doctorat en médecine, pharmacie, etc. avec, à l'entrée, un diplôme de valeur égale à celui qui ouvre les autres professions libérales ; le dentiste formé par le nouveau décret, sera muni du bagage de connaissances générales suffisantes et son instruction technique sera grandement améliorée et complétée.

M. Grimaud craint que pour l'examen de validation de stage les candidats ne soient trop hypnotisés par la partie théorique de l'examen et qu'ils ne négligent le côté pratique, ainsi du reste que cela se passe pour les examens de diplôme actuel, où les étudiants négligent le côté pratique pour ne s'occuper que du côté théorique ; les résultats du premier examen nous montreront les points faibles du nouveau décret ; il trouve le programme excessivement chargé et pense que, justement, à cause de cela, les examinateurs ne pourront faire preuve que d'une sévérité relative.

M. Roy, comme du reste tous ceux qui s'occupent d'enseignement, a toujours été un adversaire résolu du stage exécuté chez les praticiens. Il rappelle qu'au Congrès de 1900, Lloyd Williams a montré les causes de l'échec du stage alors pratiqué de cette façon en Angleterre et que Brophy a chaleureusement appuyé les conclusions de cet auteur. La prothèse actuelle n'est plus la prothèse empirique d'il y a quelque temps; le stagiaire n'apprendra au laboratoire, pour des raisons bien compréhensibles, que des choses élémentaires pratiques peut-être, mais il n'y trouvera pas les notions, les bases scientifiques sur lesquelles doit reposer son instruction professionnelle.

Quant aux craintes exprimées par M. Grimaud, il pense que le programme de l'examen de validation de stage comprend une partie pratique très importante et que le stagiaire ne pourra négliger cette partie sous peine de s'exposer à être refusé.

M. Rosenthal remercie d'abord de l'accueil que l'on a fait aux dentistes belges ; il se déclare résolument partisan du stage dans les écoles pour les raisons suivantes :

1° Le dentiste un peu occupé n'aura pas le temps matériel de former des stagiaires et de s'en occuper personnellement ;

2° Donc, ceux-ci seront confiés à des mécaniciens, qui pour la plupart travaillent de façon tout à fait routinière, plus encore que ne le faisaient les mécaniciens d'il y a quelque vingt ans ; ceux-ci en effet avaient des notions empiriques parfois, mais enfin ils les possédaient, de mécanique, de métallurgie car tous les métaux se préparaient alors au laboratoire, tandis que maintenant les maisons de fournitures nous approvisionnent de tout cela ;

3° Les stagiaires n'auront pas un enseignement méthodique ; ils verront, au petit bonheur, faire aujourd'hui un bridge, demain une réparation, etc., etc.

De plus, il est à redouter que les mécaniciens ne donnent aucun renseignement, cachent jalousement leurs tours de main et que le chirurgien-dentiste n'ait pas à sa disposition les moyens de les forcer à remplir la mission que la clientèle l'obligera à leur déléguer.

M. Sauvez est partisan du stage dans les écoles et qu'il sera mauvais pour au moins 90 0/0 de ceux qui l'effectueront au dehors. Il dit qu'en principe, avec le stage, nous formerons d'excellents dentistes, mais il se pose la question suivante : Y aura-t-il, avec le nouveau décret des chirurgiens-dentistes ? et répond par la négative en invoquant les arguments suivants :

Deux chemins s'offrent à qui veut faire de la dentisterie : être chirurgien-dentiste, ou être médecin-dentiste.

Il pense que tous chercheront à être médecins-dentistes. Il cite l'exemple de la Belgique où chacun, après une scolarité commune peut bifurquer, et avec une dernière année d'études orientées, soit d'un côté, soit de l'autre, peut être médecin ou dentiste ; personne n'est dentiste, tout le monde finit sa médecine. Il ajoute que chez nous, il en sera de même ; il n'y aura plus de dentistes, le décret aura créé des stomatologistes. Il pense qu'il y aura un remède : suivre l'exemple des Américains et faire déclarer que le médecin qui n'a pas fait d'études dentaires n'a pas le droit d'exercer la dentisterie ; qu'il faudrait avertir les familles de la façon dont on peut faire un bon dentiste ; que si, en l'état actuel, le médecin a le droit de faire de la dentisterie, il ne peut pas être un bon dentiste s'il n'a pas fait les études spéciales nécessaires.

M. Durand rappelle qu'il a émis les mêmes craintes au sujet de l'évolution future au Congrès de Clermont.

M. CH. GODON. — LES ÉTUDES ODONTOLOGIQUES ET LE DÉCRET DU 11 JANVIER 1909.

Cette communication se résume ainsi :

Le nouveau décret du 11 janvier dernier a porté les études odontologiques en vue du diplôme de chirurgien-dentiste de trois à cinq années, créé les examens actuels et institué un stage de deux années consacré à l'étude des sciences appliquées (physique, chimie, mécanique et métallurgie) et de la prothèse pratique au laboratoire, précédant la scolarité.

Il a ainsi donné à la technique dentaire une place importante et plus en rapport avec celle qu'elle occupe réellement dans le programme du dentiste moderne.

Quelles seront les conséquences de ce décret au point de vue du recrutement du corps professionnel ?

Le programme d'enseignement peut se diviser en trois parties principales :

1° Prothèse pratique au laboratoire et sciences appliquées ;

2° Chirurgie dentaire, dentisterie opératoire et prothèse clinique ;

3° Connaissances médicales suffisantes.

Dans quelles conditions le candidat désirant devenir dentiste pourra-t-il remplir ce programme d'enseignement ? d'après le décret ces candidats se divisent en trois catégories principales.

Candidat A — 16 ans, muni du certificat d'études primaires supérieures, fait son stage de sciences appliquées et de prothèse pratique de deux ans (P. C. N. dentaire), commence ses trois années de scolarité à 18 ans, les termine à 21 ans, obtient son diplôme de chirurgien-dentiste, accomplit ses deux ans de service militaire, pendant lesquels il peut être affecté comme dentiste militaire, et se trouve à 23 ans en état d'exercer sa profession, soit comme aide d'un chirurgien-dentiste, soit à son propre compte, ayant entièrement satisfait aux exigences du nouveau programme.

Candidat B. — 18 ans, a obtenu le baccalauréat, fait son P. C. N. en vue des études de médecine qu'il poursuit pendant trois années, et muni de douze inscriptions de médecine à 22 ans, fait le stage dentaire au bout duquel, à 24 ans, il obtient son diplôme de chirurgien-dentiste et à 26 ans, pourra exercer comme tel, ayant satisfait à son service militaire.

Candidat C. — Comme le précédent, il fait ses études médicales, les poursuit jusqu'au doctorat qu'il obtiendra à 27 ans, y compris les deux années de service militaire. Il se décide alors seulement à se préparer à l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste en faisant les deux années de stage, ce qui le met en possession de son diplôme à 29 ans.

Il résulte de cet exposé que par suite du nouveau décret, les trois catégories principales de candidats pourront exercer la profession de dentiste.

Le candidat A. à 23 ans.
— — B. à 26 ans.
— — C. à 29 ans.

Ces deux derniers ont une certaine supériorité sur le candidat A. au point de vue des connaissances médicales, tandis que celui-ci aura sur eux une supériorité évidente au point de vue technique, car si on établit une comparaison entre eux :

A 29 ans, A. fera prothèse et dentisterie depuis 13 ans.
— B. — depuis 11 ans.
— C. — — 2 ans.

De plus, A. pourrait, s'il dispose du temps nécessaire et si ses ressources le lui permettent, poursuivre lui aussi ses études médicales, mais en les orientant plus complètement vers la profession qu'il se propose d'embrasser et les terminerait, s'il les combinait dès le début avec ses études techniques, à l'âge de 26 ou 27 ans.

DISCUSSION.

M. Roy se déclare très heureux des explications fournies par M. Godon qui apporte des indications précises ; il dit à M. Sauvez que l'exemple de la Belgique qu'il vient de citer ne peut s'appliquer à la France, car les conditions dans lesquelles on obtient le diplôme de chirurgien-dentiste sont totalement différentes dans les deux pays. En Belgique, médecins et dentistes font d'abord quatre ans d'études communes, puis, pour leur dernière année seulement, les études reçoivent une orientation différente, les candidats peuvent, indifféremment devenir médecins ou dentistes. On conçoit que, dans ces conditions, nos confrères belges délaissent le titre de chirurgien-dentiste, qui ne leur donne que des droits limités, pour celui de médecin qui leur donne les droits les plus étendus, d'autant plus que l'enseignement dentaire n'existe pas chez eux.

Tous nos efforts doivent tendre, imitant en cela l'Amérique, à ce que le médecin, non gradué en dentisterie, ne puisse exercer l'art dentaire.

M. Prudhomme dit qu'il sera difficile de mener parallèlement les études médicales et les études dentaires. Les trois premiers examens de doctorat en particulier sont très difficiles à passer; le quatrième est plus facile ; il estime qu'il vaudra mieux commencer par les études médicales plutôt que par les études dentaires.

M. Sauvez se déclare très heureux des explications fournies par M. Godon et reconnaît que ses craintes étaient mal fondées.

M. G. Villain dit que le programme de l'examen de validation de stage comprend un appareil à exécuter en loge ; il s'ensuit que le candidat devra forcément travailler la prothèse. Il n'est pas de l'avis de M. Roy, en ce qui concerne l'effort à faire pour empêcher les médecins d'exercer l'art dentaire, qui n'est pas que la guérison des dents, mais aussi leur restauration. Il pense qu'il vaudra mieux réclamer l'égalité du titre.

A l'issue de ces communications, la section d'Odontologie a accepté les trois vœux suivants, pour être proposés comme vœux de section au Conseil de direction de l'A. F. A. S. Dans la séance où ces vœux ont été présentés, M. Godon a réussi à les faire accepter et à décider le Conseil de direction à proposer, au nom de l'Association française pour l'Avancement des Sciences, le vœu n° 2 que nous indiquerons plus loin et dont nos confrères pourront apprécier la haute importance.

M. GILLET (LILLE). — TRAITEMENT DU PROGNATHISME DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR (*Rapport*).

Dans ce rapport très documenté (que nos lecteurs pourront lire en entier prochainement dans *L'Odontologie*) l'auteur passe en revue les différents appareils qui servent à combattre cette difformité, après avoir défini ce que l'on doit entendre par prognathisme ; très consciencieusement étudié, ce rapport fait honneur à celui qui s'en était chargé.

M. Godon félicite M. Gillet, mais il pense qu'il a peut-être été trop réservé dans ses appréciations au sujet des déplacements que l'on peut faire subir aux dents dans leur totalité.

M. Pailliottin rappelle à M. Gillet le cas présenté à Reims par notre collègue Martinier, cas dans lequel on est arrivé à déplacer les canines de 32 millimètres ; il est évident qu'il a fallu mouvoir les dents dans leur totalité pour arriver à un pareil résultat.

M. G. Villain rappelle que dans les écrits de Farrar, datant de 30 ans, le déplacement apical est déjà étudié et décrit. Il constate de nouveau le grand besoin qu'a l'art dentaire d'une classification nette et précise.

Il ajoute que l'homme est un prognathe total, et que c'est seulement l'exagération du prognathisme osseux qui est du prognathisme vrai, tandis qu'il y a seulement protrusion si le prognathisme est apparent.

M. Francis Jean se plaçant au point de vue pratique, déclare que le traitement du prognathisme du maxillaire supérieur l'occupe plus que le traitement du maxillaire inférieur.

M. M. ROY. — LE CURETTAGE ALVÉOLO-RADICULAIRE DANS LES ABCÈS ALVÉOLAIRES CHRONIQUES.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

1° Dans l'abcès alvéolaire, les lésions alvéolaires sont beaucoup plus étendues que les lésions radiculaires ;

2° Sur la racine les lésions ne sont généralement pas limitées à la région apicale ; celle-ci n'est souvent intéressée que dans une portion restreinte ; les lésions s'étendent sur une portion plus ou moins considérable d'une ou plusieurs des faces latérales qui se trouvent de ce fait dépourvues de ligament ;

3° La suppuration dans les abcès alvéolaires chroniques n'est pas due, comme le pensent certains auteurs, à l'apex, dépourvu de son ligament et qui jouerait le rôle de corps étranger dont l'organisme chercherait à se débarrasser ;

4° La conservation d'une partie importante de racine dépourvue de ligament radiculaire n'empêche pas la disparition de la suppuration et la fermeture des trajets fistuleux, pourvu que l'infection, cause première de l'abcès ait disparu et que le foyer abcédé ait été soigneusement nettoyé ;

5° La résection apicale n'enlève généralement jamais toutes les parties malades et enlève souvent au contraire les parties saines de la racine ;

6° Dans l'abcès alvéolaire chronique, en raison de l'étendue et du siège des lésions, il y a avantage à traiter séparément et par la voie la plus directe chacun des facteurs en cause :

a. L'infection pulpaire par les canaux radiculaires ;

b. L'abcès alvéolaire par la voie vestibulaire.

7° Dans les abcès alvéolaires ayant résisté au traitement par la désinfection de la dent et quelques cautérisations de la poche abcédée ou du trajet fistuleux, le curettage alvéolo-radiculaire est le moyen de choix. Cette opération est également indiquée pour le traitement des kystes radiculaires ;

8° Le curettage alvéolo-radiculaire est une opération qui consiste à aller, par la voie vestibulaire, nettoyer complètement le foyer abcédé. Cette opération comprend les temps suivants :

A. — Inciser verticalement au bistouri, ou mieux au thermo-cautère, la muqueuse vestibulaire au niveau de l'extrémité apicale de la racine ou au niveau d'une autre région, en cas de faux canal par exemple.

B. — Ouvrir s'il y a lieu la paroi alvéolaire ; celle-ci est généralement détruite ; néanmoins, il convient d'agrandir son ouverture, s'il est besoin, pour découvrir largement le foyer abcédé.

C. — Le foyer abcédé étant bien à découvert, à l'aide d'une fraise ronde modérément coupante ou curette les parois alvéolaires et les parties malades de la racine en respectant soigneusement les parties saines et sans faire la résection de ladite racine.

D. — Le curettage achevé, la plaie est détergée avec la solution de chlorure de zinc au dixième, puis abandonnée à elle-même sans tamponnement ; le canal radiculaire est ensuite désinfecté et obturé dans les huit jours suivants.

E. — La guérison est obtenue en quatre à six semaines.

F. — Cette opération peut se pratiquer aussi bien sur les dents multiradiculaires que sur les dents monoradiculaires.

G. — Sans se livrer à des délabrements excessifs, cette opération doit se faire à ciel ouvert avec la meilleure hémostase possible afin de ne s'attaquer qu'aux régions malades et à toutes celles-ci et de respecter les parties saines de la racine et de l'alvéole.

9° Cette opération pratiquée sur les diverses catégories de dents inférieures et supérieures m'a toujours donné d'excellents résultats. La présence de portions de racine dépourvues de ligament parfois sur une grande étendue, n'a pas empêché la suppuration de disparaître, ni entravé la cicatrisation parfaite des cavités abcédées.

DISCUSSION.

M. Godon préfère la méthode de Roy, à celle de la résection apicale, car elle permet de conserver la totalité de la racine ; il se demande pourquoi l'auteur laisse écouler une certaine période avant de faire l'obturation canaliculaire et il pense qu'il vaudrait mieux obturer immédiatement, appliquant ainsi la méthode suivie pour le traitement des fistures gingivales ; il rappelle que Peeso avait préconisé l'obturation du faux canal.

Il dit également que M. Roy devrait préciser d'une façon plus nette les indications de cette opération, car la méthode purement thérapeutique a donné assez de succès pour ne pas être délaissée.

M. Georges Villain qui a suivi le traitement d'une des dents dont l'observation a été rapportée par M. Roy, rapporte que cette incisive avait en réalité deux faux canaux : un qui avait perforé complètement la racine et un autre qui ne l'avait pas complètement traversée ; celui-ci avait été soigné et obturé, mais le vrai canal était resté ouvert et infecté. Il ne se rappelle pas si M. Roy a préconisé l'emploi de la radiographie, qui pourrait donner de précieuses indications au sujet de l'opportunité de cette intervention.

M. Gillet s'élève contre la résection apicale et demande après combien d'essais infructueux on est autorisé à faire l'opération qu'indique M. Roy.

M. Francis Jean pense que cette méthode est très rationnelle et la considère comme supérieure à la résection apicale. A propos de l'obturation des canaux, il ajoute que cette obturation doit être faite d'une façon absolue et que le choix de la substance d'obturation est très important ; les pâtes ne le satisfont pas, car il pense qu'elles peuvent être attaquées par les sécrétions buccales et il leur préfère la gutta.

Une grande circonspection doit être recommandée au sujet de cette opération qu'il considère comme difficultueuse pour les grosses molaires supérieures (infection possible de l'antre d'Highmore) et pour les prémolaires inférieures, à cause du voisinage du trou mentonnier.

M. Roy se déclare heureux de voir la méthode qu'il indique préférée à la résection apicale. C'est une opération qui doit, somme toute, être rare ; son indication principale est dans le cas d'abcès borgnes, avec suppuration par la racine sans fistule gingivale ; dans ces cas, il existe dans le corps de l'os une grande cavité qui n'a aucune tendance à la cicatrisation. Il est d'avis de faire cette opération quand après deux ou trois séances de traitement minutieux on n'obtient aucune modification dans les sécrétions. Il obture ses canaux ultérieurement, parce que, dans ces cas d'abcès borgnes, il est impossible de sécher absolument son canal et que la substance d'obturation se mélangerait avec les sécrétions ; il y a également là l'avantage d'un double drainage ; la réussite lui semble ainsi plus assurée. Il ne considère pas la gutta comme une bonne substance d'obturation canaliculaire, parce que l'on n'est jamais sûr de la rigoureuse asepsie d'un canal ; il faut une sorte de pansement permanent qui s'oppose à la réinfection ultérieure ; la résistance de la pâte à l'oxyde de zinc aux sécrétions pathologiques est considérable.

M. Francis Jean attire l'attention sur la coloration que l'essence de girofles amène sur les dents antérieures.

M. Siffre félicite chaleureusement M. Roy de son très intéressant et très documenté travail.

M. L. QUINTIN. — INJECTIONS DE NOVOCAÏNE-SUPRARÉNINE EN VUE DE L'ANESTHÉSIE PULPAIRE ET DENTINAIRE.

L'auteur conclut en ces termes : les épiphénomènes qui accompagnent l'injection de novocaïne-suprarénine paraissent dus à l'arrivée de l'adrénaline dans la circulation. Il en résulte qu'il faut habituer l'organisme à supporter l'action de cette dernière. Il se produit alors une accoutumance due à la compensation produite par d'autres glandes à sécrétion d'action hypotensive. Pour cela, il conseille l'injection d'une goutte ou deux de solution anesthésique au point d'élection quelques minutes après l'injection définitive. Ce point établi, il arrive à injecter la novocaïne à des doses plus ou moins fortes, suivant que l'on a affaire à une dent mono ou multiradiculaire, ou que l'on se trouve en présence d'un tissu osseux plus ou moins compact. De cette façon, il injecte une quantité moindre de novocaïne-suprarénine, tout en employant une solution de titre plus élevé. Pour les grosses molaires inférieures, il convient de pratiquer les injections sur les faces externe et interne du maxillaire.

M. R. Lemière devant faire une communication sur un sujet similaire, il est prié d'en donner lecture immédiatement, de façon à ce que ces deux travaux soient discutés en même temps.

M. R. LEMIÈRE. — CONSIDÉRATIONS SUR LE POINT D'ÉLECTION DES INJECTIONS DE NOVOCAÏNE-ADRÉNALINE.

L'auteur propose de faire l'injection de la solution de novocaïne-adrénaline sous le périoste des maxillaires. Il s'appuie sur des recherches anatomiques et sur des considérations histologiques pour expliquer cette préférence. Il dit encore, qu'en chirurgie générale, dans le service du professeur Reclus, toutes les interventions osseuses sont précédées d'une injection sous-périostée. Pourquoi opérer différemment dans notre chirurgie spéciale. Il cite les moyennes obtenues dans les expériences faites par M. Pignaud, chef de clinique du professeur Reclus, et Dreyfus, chef de laboratoire. D'après ces moyennes, il semble établi qu'en injections péritonéales chez le cobaye, la novocaïne est environ six fois moins toxique que la cocaïne. En injections intra-veineuses, la cocaïne, l'eucaïne et l'alypine semblent avoir la même toxicité ; la tropococaïne et la stovaïne sont environ deux fois moins toxiques que la cocaïne ; la novocaïne quatre fois moins ; le mélange cocaïne-adrénaline trois fois moins que la cocaïne.

La vitesse de l'injection a une grosse importance au point de vue du résultat.

Les doses maximum employées par Reclus sont :

47 centigr. en une demi-heure pour la novocaïne.

38 centigr. et 38 gouttes d'adrénaline à 1 0/00 pour le mélange novocaïne-adrénaline.

DISCUSSION.

M. Grimaud demande des explications sur le mode opératoire, et exprime l'espoir qu'il pourra s'en rendre compte de visu aux séances de démonstrations pratiques.

M. H. Villain a fait plus d'un millier d'anesthésies avec la novocaïne-adrénaline. Il faisait d'abord son injection dans la région apexienne, puis maintenant, à cause de la difficulté que l'on éprouve pour opérer ainsi sur les grosses molaires dans la région qu'indique Lemière, c'est-à-dire dans le tiers inférieur ou supérieur (selon le maxillaire considéré) de la racine. Il emploie 3 c. m. c. d'une solution renfermant 5 centigrammes de novocaïne-adrénaline de la marque Duputel pour les grosses molaires et en obtient de bons résultats.

M. Gillet demande pourquoi on n'emploie pas la méthode de Nogué.

M. Pailliottin demande si l'injection est sus ou sous-périostée, car, en décrivant sa technique M. Lemière préconise une injection sous-périostée, tandis que certains confrères disent obtenir d'excellents résultats en enfonçant l'aiguille jusqu'à ce qu'on rencontre une résistance. Il pense que cette résistance est due au périoste, et dans ce cas l'injection sera sus-périostée, et alors l'absorption du médicament par les canaux de Havers ne se produit pas aussi rapidement qu'il le faudrait, les vaisseaux de la muqueuse résorbant plus facilement le liquide injecté.

M. Pitot est heureux de voir l'ampleur de la discussion et de voir combien on s'occupe à l'heure actuelle de ces injections. Au sujet de l'anesthésie des grosses molaires, il rapporte des expériences faites à Bruxelles où l'on a obtenu l'anesthésie de deux molaires contiguës en pratiquant l'injection à la face distale de la dent à traiter, en enfonçant l'aiguille perpendiculairement dans le ligament.

M. G. Villain fait quelques réserves au sujet du peu de toxicité des produits employés qu'a signalé M. Lemière. En employant les doses courantes, il a eu souvent quelques symptômes de syncope, et deux syncopes véritables dans des cas où il avait employé 1 c. m. c. d'une solution de novocaïne-adrénaline (pastille de 5 centigrammes dans 5 c. m. c.) soit un centigramme de novocaïne.

M. Houbaers dit que l'on ne doit pas préjuger d'un procédé d'anesthésie pour quelques alertes : il peut n'y avoir là qu'une question d'idiosyncrasie.

M. Quintin dit qu'il a eu connaissance des expériences que rapporte M. Pitot ; cette façon de pratiquer n'est pas nouvelle : Rodolphe Chapot-Prévost a préconisé ce mode opératoire il y a déjà une dizaine d'années. Il est vrai qu'il ne l'employait que pour l'extraction, et il utilisait pour cette injection des aiguilles à section très allongée. Pour lui, pour faire les injections dans la région apexienne, il emploie une aiguille à section très courte, afin d'éviter que la pointe touchant l'os, une partie de la section se trouve en dehors de la muqueuse ce qui amènerait une déperdition considérable du liquide.

M. Lemière répond que son injection est bien sous-périostée ; il dit du reste qu'en pratique, les injections sont presque toujours sous-périostées ; dans la région qu'il indique, le périoste est facilement décollable, et qu'ensuite il fait cheminer la pointe de son aiguille pour se rapprocher de l'apex. Il pense que, les moyens d'anesthésie dont nous disposons, sont suffisants pour nous amener à rejeter la méthode de Nogué, qui risque d'amener une infection osseuse qui peut revêtir un caractère très sérieux ; que cette méthode de Nogué peut être, à l'extrême rigueur, employée pour les extractions, l'écoulement sanguin pouvant, en ce cas, expulser les produits septiques que la piqûre profonde aurait pu introduire. Les dangers de toxicité existent, cela est évident, mais avec des doses bien supérieures à celles que nous employons dans notre pratique dentaire ; il n'est pas de l'avis de Quintin du sujet de l'incorporation de substances destinées à combattre l'action vaso-constrictive de l'adrénaline qui est la substance la plus active pour l'obtention de l'anesthésie pulpaire et dentinaire.

M. G. VILLAIN. — RAPPORT SUR L'UNIFICATION DE LA TERMINOLOGIE ET DES DIVERSES CLASSIFICATIONS EN ORTHOPÉDIE DENTAIRE.

Dans ce rapport l'auteur indique la nécessité absolue qu'il y a à unifier la terminologie orthodontique qui varie avec chaque auteur [1].

Les classifications des anomalies trop nombreuses et toutes incomplètes font l'objet d'une longue étude, aboutissant à une classification basée sur les rapports entre eux des divers organes que nous sommes appelés à traiter.

Au cours de cette étude, l'auteur définit chaque anomalie, discute la base de diagnostic de la classification d'Angle et précise ce que nous devons appeler prognathisme ou opisthognatisme tant en anthropologie qu'en orthopédie.

L'auteur termine son travail en indiquant le mode de nomenclature qui doit être employé pour permettre à tous de comprendre un cas, même le plus compliqué, celui-ci étant exposé en quatre lignes :

1° Rapports des maxillaires avec la face ;
2° Rapports des arcades avec les maxillaires { arcades totales
  » coronaires
  » radiculaires ;
3° Rapports des arcades coronaires entre elles ;
4° Rapports des dents entre elles (forme des arcades).

L'auteur termine par ces quelques mots qui résument ses conclusions.

⁂

« Je me suis, dans ce travail, inscrit en faux contre la base de la classification d'Angle (dent de 6 ans supérieure), classification que je considère comme incomplète, quoique l'estimant la meilleure des anciennes. J'ai nié certaine classe de Case dont la classification me semble imprécise et insuffisante ; j'ai modifié certains termes employés actuellement, j'en ai créé quelques nouveaux, à l'aide des anciens autant que j'ai pu. J'ai coordonné et classé les termes employés dans les classifications de Gaillard, Magitot, Godon, Angle et Case ; j'ai enfin établi une classification, basée sur les rapports entre eux des divers organes que nous sommes appelés à traiter.

---

[1] Voir *Odontologie*, 15 janvier 1909.

» Je présente cette étude sans prétention, mais avec le désir sincère de me rendre utile en soumettant à mes confrères non pas un travail définitif, mais une base d'étude.

» Si je n'ai réussi qu'à coordonner et définir les termes que nous employons, j'estimerai ne pas avoir travaillé en vain, si mince que soit mon tribut, car, quoique parlant tous le français, nous ne nous comprenons pas lorsque nous traitons ensemble l'orthopédie dentaire ; il semble que pour cette science, suivant l'école ou la classification que nous avons adoptée, nous parlions une langue différente. Le langage orthopédique variant avec chaque auteur, il est grand temps que nous l'unifions et qu'enfin nous parlions tous une même langue claire et précise. »

DISCUSSION.

M. Gillet demande si G. Villain peut lui donner la définition exacte de ce qu'il appelle le type normal.

M. R. Lemière demande pourquoi Villain proprose le mot orthopédie à la place d'orthodontie : le premier veut étymologiquement dire « enfant droit » alors que nous redressons aussi le système dentaire des adultes ; pour sa part, il préférerait les mots restauration de la face, car nous agissons sur une zone qui va de la moitié du nez au bas de la face. Il faut également tenir un grand compte de l'esthétique ; on voit parfois des arcades parfaites, mais les deux mâchoires sont prognathes ; si on essayait de les arranger cette régularisation amènerait une difformité plus considérable.

M. Godon espère que les congressistes ont compris l'importance d'une classification bien établie ; la Société d'Odontologie a du reste nommé une commission qui s'occupe de la question, qui attend pour prendre des décisions que les travaux en cours soient publiés.

M. G. Villain dit que le type normal est impossible à définir ; on peut définir un type anormal parce que l'on voit en quoi il blesse l'esthétique. Il a dit que l'homme blanc est un prognathe, par rapport à certaines espèces animales, comme le nègre est prognathe par rapport au blanc. Il ajoute que le mot orthopédie s'adresse au redressement de toutes les parties du corps atteintes de difformité et ne voit pas en quoi l'étymologie pourrait empêcher que l'on dénommât ainsi des opérations pratiquées sur les adultes.

M. Siffre dit que le squelette, dépouillé de ses parties molles peut seul servir à l'établissement d'un type normal.

M. FRANCIS JEAN. — CAS D'ORTHODONTIE SPONTANÉ.

L'auteur présente des moulages reproduisant l'articulation vicieuse d'un enfant de 4 ans 1/2, chez lequel le bloc incisif supérieur était projeté fortement en avant. La recherche des causes de cette anomalie l'amena à incriminer l'habitude vicieuse qu'avait l'enfant de sucer son pouce. Il pria la mamam de surveiller l'enfant et l'habitude vicieuse ayant cessé, la constriction de la lèvre supérieure amena la cessation de l'anomalie, ainsi qu'en témoignent d'autres modèles. (V. p. 99.)

DISCUSSION.

M. Durand confirme ce cas car il en a observé un tout pareil ; il s'agissait d'un enfant qui, après son sevrage avait pris l'habitude de sucer constamment sa téterelle, et qui guérit dans les mêmes conditions. Il ajoute avoir constaté que dans certains cas, des redressements incomplets s'achevaient seuls lorsque les dents avaient subi une poussée suffisante dans le sens de leur bonne direction.

M. Roy appuie l'opinion de Francis Jean quand il dit qu'en orthodontie on ne doit pas se presser, sauf dans le cas de rétroversion des incisives supérieures qui ne peut guérir *sponte sua*. C'est une erreur de croire que les maxillaires ne s'accroissent pas dans l'espace compris entre les dents de six ans ; on voit se produire des diastèmes entre les dents temporaires et c'est ce qui explique qu'un grand nombre d'anomalies se corrigent d'elles-mêmes ; il n'y a persistance que si des forces contraires s'opposent au redressement spontané.

M. Godon dit que l'intervention du dentiste est légitime pour les dents temporaires ; il n'est pas d'avis de temporiser et de laisser la nature agir seule ; il félicite M. Francis Jean d'avoir su diagnostiquer la cause de l'anomalie et de n'avoir agi que moralement.

M. G. Villain déclare que si un confrère moins expérimenté, n'ayant pu poser de diagnostic précis, avait placé un appareil pour corriger cette difformité, il l'aurait peut-être, *in petto*, blâmé de son ignorance, mais il n'aurait pas blâmé le principe de l'intervention.

M. Siffre constate que la communication de Francis Jean apporte une confirmation à ses opinions personnelles sur le redressement physiologique ; que parfois l'extraction peut être indiquée dans le cas de prognathisme du maxillaire supérieur : l'enfant auquel on fait subir le reculement de toutes les dents n'a plus un maxillaire physiologique, car le maxillaire supérieur est immuable et nous ne pouvons le modifier à notre gré. Il préfère donc extraire une prémolaire, placer une plaque de maintien et attendre.

M. Francis Jean est d'un avis diamétralement opposé à celui de M. Siffre et propose que cela fasse l'objet d'une discussion à la prochaine session.

M. FRANCIS JEAN. — MODIFICATIONS AUX APPAREILS DE REDRESSEMENT A POSTE FIXE.

L'auteur, frappé des inconvénients que présentent en certains cas les appareils d'Angle et les systèmes analogues employés pour les corrections à faire subir aux maxillaires, nous fait part des ingénieuses modifications qu'il a apportées à ces appareils ; il supprime notamment l'emploi des écrous, qui servent à régler la longueur de l'arc, combine d'élégants dispositifs pour l'accrochement des élastiques de traction, institue un guide pour l'arc, etc. (Cette communication paraîtra prochainement *in extenso*.)

DISCUSSION.

M. Richeaume éprouve des inquiétudes au sujet du placement ultérieur de la dent de sagesse.

M. G. Villain apprécie beaucoup les ingénieuses modifications présentées par M. F. Jean. Il est cependant encore enthousiaste de l'appareil à arc et écrous qui permet de faire toutes les opérations qu'on a à exécuter sans retirer l'appareil. En réalité l'arc sans écrous est une complication, car il oblige justement à retirer l'appareil un grand nombre de fois ; il ne peut donc être appliqué que dans un cas très simple, dans lequel on n'a effectué que des opérations ne nécessitant pas de ligatures. La bague avec écrou permet de serrer celle-ci au-dessous du point de contact ; il la préfère à la bague sans écrou, pour laquelle si l'on veut qu'elle soit stable, il faut un brunissage méticuleux; il félicite l'auteur pour l'ingénieux dispositif qu'il emploie pour éviter le pivotement des dents servant d'appui et dit qu'on arrive au même résultat en ligaturant les dents ou en employant un dispositif analogue à celui décrit par de Névrezé. Il craint que la grosse molaire placée puisse être ramenée quand on agit sur les prémolaires.

M. Lohier demande les temps maxima et minima nécessaires pour faire un redressement de cette nature par ce procédé.

M. Roy est davantage partisan des bagues ajustées que des bagues à écrou. Il croit les premières plus stables, et reproche aux secondes leur prix élevé et aussi la difficulté que l'on éprouve à serrer les écrous pour certaines mâchoires inférieures ; il n'est pas partisan des anneaux préconisés par Francis Jean pour obtenir l'accroissement de l'arc, mais il le félicite pour son idée du guide placé sur la bague de la prémolaire.

M. Francis Jean répond qu'il n'a jamais observé après ses redressements qu'il y eût des complications au sujet du placement de la dent de sagesse. Lors même qu'il y en aurait, l'importance physiologique de celle-ci n'est pas très considérable et on pourrait alors l'avulser. L'enlèvement fréquent de l'appareil lui paraît avoir les plus heureux effets au point de vue de l'asepsie ; quand au reproche qu'on lui fait d'être inapplicable si l'on a besoin de ligaturer des dents à cause du temps et des douleurs causées au porteur, il répond qu'il a présenté un appareil type, s'appliquant à un cas où il n'y avait pas lieu d'employer des ligatures.

La crainte que l'on a de voir la grosse molaire se déplacer en agissant sur les prémolaires est nulle, la traction opérée par le maxillaire inférieur étant suffisante pour empêcher ce déplacement. Quand au temps nécessaire, il échappe à toute évaluation, même approximative, étant fonction de conditions physiologiques impossibles à prévoir.

M. HOUBAERS. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT MÉCANIQUE DES FRACTURES DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

Le traitement mécanique des fractures du maxillaire inférieur est supérieur au traitement chirurgical. Il sera toujours précédé d'un examen clinique approfondi qui intéressera non seulement l'état local (dents, maxillaire, téguments faciaux, etc.), mais également l'état général (intelligence, état nerveux, nutrition générale, antécédents). Il importe également de se rappeler l'anatomie et la physiologie normales du système maxillaire, ainsi que les notions d'anatomie et de physiologie pathologiques relatives aux diverses formes des fractures mandibulaires.

Cette étude préalable permet de conclure qu'il n'existe pas d'appareil unique, applicable à toutes les fractures du maxillaire inférieur. Le système de traitement qu'il expose et qui n'intéresse que les fractures du corps mandibulaire ne présente lui-même rien d'absolu et constitue plutôt les grandes lignes de la voie à suivre.

Tous les appareils sont construits en métal soit en or ou en alliage, soit en maillechort recouvert d'une couche épaisse d'or par la galvanoplastie.

Amovibles ou inamovibles, ils consistent toujours essentiellement en gouttières recouvrant chaque fragment et réunies entre elles par des attelles latérales qui contournent le siège de la fracture, laissent celui-ci entièrement libre et accessible. Les appareils inamovibles seront fixés avec la gutta ou de préférence avec du ciment et ne descendront pas au delà du collet des dents. Ces appareils ainsi conçus assurent une contention parfaite, ne provoquent aucune douleur et sont d'une désinfection extrêmement facile.

Les gouttières sont ajourées au niveau des dents malades, pour éviter des accidents et afin qu'il soit possible de soigner celles-ci.

Les appareils pour fractures mandibulaires peuvent se diviser en trois grandes classes :

1° *Appareils extra-buccaux* (fronde) judicieusement employée seule, ou combinée avec des appareils intra-buccaux, la fronde peut parfois rendre de réels services.

2° *Appareils intra-buccaux.* L'auteur les divise en deux classes :

A. — Ceux qui immobilisent la mâchoire inférieure contre la supérieure. Il n'y a recours que dans les cas de fractures de la région de l'angle et lorsque la direction du trait de fracture ne permet pas l'application d'un autre appareil ou encore lorsque le fragment ou les fragments postérieurs sont trop mutilés.

B. — Les appareils qui laissent à la mâchoire inférieure toute sa liberté de mouvement. Il se divisent en :

1° Amovibles : ils sont nombreux et généralement employés ;

2° Inamovibles, conçus dans le sens indiqué plus haut. L'auteur les préfère aux précédents et y recourt chaque fois que le système dentaire leur offre une rétention suffisante.

3° *Appareils intra et extra-buccaux.* — Ils consistent essentiellement en une gouttière intra-buccale et une mentonnière réunies l'une à l'autre par des attelles.

A. — Le système dentaire offre encore une rétention suffisante pour un appareil inamovible suffisant dans l'intervalle de l'acte masticatoire. Dans ce cas, l'appareil de l'auteur porte des attelles amovibles qui ne sont appliquées qu'au moment des repas, ou bien l'on applique deux gouttières superposées, dont l'inférieure est inamovible et dont la supérieure, qui porte les attelles, est enlevée dans l'intervalle des repas.

B. — Le système dentaire n'offre pas la rétention suffisante pour l'application d'un appareil inamovible. On recourt alors de préférence aux appareils intra et extra-buccaux entièrement amovibles.

Les appareils du type III sont assez nombreux.

Il leur préfère l'appareil qu'il vient de présenter. Il prend au niveau de l'appareil intra-buccal trois points correspondant aux trois angles du triangle maxillaire.

Il prend également au niveau de la mentonnière trois points correspondant aux trois angles de ce même triangle. De chacun des points postérieurs intra-buccaux par conséquent de la région de la dernière molaire part une attelle qui vient contourner la commissure des lèvres pour se prolonger sur la face externe de la joue. Du point antérieur et médian part une troisième attelle qui contourne la lèvre inférieure pour venir se fixer à la mentonnière par une vis ou un ruban avec boucle. Les attelles latérales se fixent à la mentonnière à l'aide d'un ruban appliqué juste en regard de leur attache interne. De cette façon, en rapprochant la mentonnière de l'appareil intra-buccal on saisit le maxillaire régulièrement dans toute son étendue et on obtient par conséquent un summum de contention avec un minimum d'efforts.

DISCUSSION.

M. G. Villain félicite chaleureusement M. Houbaers de sa très intéressante communication ; il approuve tout particulièrement la disposition des trois points d'appui qui assurent le maximum d'union entre l'os et les appareils ; il pense néanmoins que l'auteur aurait pu parler des appareils d'Angle qui ne surélèvent pas l'articulation et des attelles avec faces triturantes ajourées qui remplissent le même but.

M. M. Roy fait ses réserves au sujet de l'importance qu'attache l'auteur à laisser libre le foyer de fracture ; il pense également que si la fracture doit être réduite et les fragments immobilisés en bonne position on doit s'attacher à ne pas immobiliser le maxillaire, la fracture se réparant d'autant plus vite que la mâchoire fonctionne et que la circulation et la nutrition de l'os s'y font mieux ; c'est un principe bien mis en lumière par Lucas Championnière qui cherche à mobiliser le plus rapidement possible les membres atteints de fractures. Il pense que le point essentiel doit consister à munir les patients d'un appareil de contention réduisant la fracture en bonne position et permettant aux malades de s'alimenter.

M. Quintin se range à l'avis de M. M. Roy en ce qui concerne la non-immobilisation du maxillaire, qui assure une plus grande nutrition de l'os, et par suite facilite la réparation osseuse. Il pense que l'on pourrait peut-être employer dans ce cas la méthode de Bier qui facilite la réparation par suite de l'afflux sanguin plus considérable qu'elle provoque.

M. R. LEMIÈRE. — DÉPLACEMENT APICAL ANTÉRIEUR DES INCISIVES ET DES CANINES.

L'auteur propose un dispositif destiné à obtenir le déplacement antérieur de l'apex par un moyen plus simple que l'appareil de contour de Case. Pendant que l'arcade est encore en place, il fixe sur la dent à déplacer une bague munie d'un crochet, antérieur si l'on veut obtenir en même temps la rotation, postérieur si l'on ne veut produire que le déplacement apical. Un autre crochet à concavité postérieure est fixé sur la bague d'ancrage à l'angle cervico-distal. Entre les deux crochets, on passe un anneau de caoutchouc, ce qui constitue la puissance du levier ; le point d'appui est formé par une ligature de gros laiton passé au-dessous du collet de la dent. On obtient ainsi un levier du premier genre. Il présente des modèles montrant les résultats obtenus par cet appareil ; parmi eux on remarque la réduction d'une supra-occlusion assez marquée.

Discussion.

M. G. Villain. — La méthode dite de Case se retrouve dans les publications faites par les amis de Farrar après sa mort. L'appareil de M. Lemière simplifie considérablement l'appareil dit de contour de Case qui est très compliqué, et la modification qu'apporte l'auteur est très appréciable.

M. Grimaud s'élève contre les appellations : appareils X ou Y quand il s'agit, comme dans notre cas, d'art pur ; il ne peut y avoir de modèles types, et chaque praticien doit pouvoir construire de toutes pièces, l'appareil qui lui donnera satisfaction.

M. M. Roy dit que dans le cas qu'indique M. Lemière, le point d'appui supporte un effort égal à la puissance augmentée de la résistance ; il craint un déplacement du point d'appui, et il a du reste constaté une légère déviation des molaires sur lesquelles étaient placées les bagues.

M. Lemière répond que l'enfoncement des molaires constaté sur les modèles est dû à la torsion exécutée sur les maxillaires pour corriger l'articulation.

M. M. Frison et Planchon. — Évolution des dents temporaires, dates et ordre d'apparition ; accidents concomitants (statistiques établies sur 250 observations d'enfants de 0 a 2 ans, recueillies a la consultation de nourrissons de la clinique Tarnier, 1898-1904).

Les auteurs présentent tout d'abord un tableau général des 250 observations, une introduction, un historique, un tableau statistique par dents des dates d'apparition, de leur ordre, du pourcentage des accidents concomitants par groupes de dents des enfants anormaux (débiles, spécifiques) et de l'influence du mode d'alimentation ; enfin il donne ses conclusions :

1° D'ordre particulier : dates et ordre d'apparition les plus fréquents :

Incisives médianes inférieures du 7e au 9e mois.
— — supérieures du 8e au 10e —
— latérales — du 9e au 13e —
— — inférieures du 12e au 14e —
Premières molaires supérieures du 13e au 18e —
— — inférieures du 14e au 19e —
Canines supérieures du 17e au 19e —
— inférieures du 18e au 23e —
Deuxièmes mol. (peu de cas notés) du 20e au 24e —

Ils font ensuite un tableau des anomalies d'ordre et de dates d'apparition.

Les accidents concomitants sont relativement très nombreux. Sur 2.700 dents dont l'éruption a été notée ; on a observé un pourcentage moyen de 45 o/o de diminution de poids, 35 o/o de diarrhée, 25 o/o de troubles nerveux légers, 13 o/o de toux, etc., et cela quoique les auteurs aient recueilli ces observations dans une consultation *d'enfants bien portants et très régulièrement surveillés ;* quelques-uns furent graves, sans terminaison mortelle toutefois.

2° D'ordre général.

Importance de la surveillance des nourrissons au point de vue hygiène et alimentation et par suite des écoles de puériculture.

3° Table bibliographique.

DISCUSSION.

M. M. Roy tout en constatant que l'auteur émet des opinions totalement différentes de celles qu'il a exposées à plusieurs reprises le félicite de son travail qui représente une somme d'efforts considérable et est basé sur des observations excessivement précises et documentées. Les chiffres donnés s'approchent assez de ceux que l'on donnait auparavant pour les dates d'éruption des dents. Il constate que dans le grand nombre d'observations relevées il n'y a aucun cas de mort ; il y a eu des accidents graves en corrélation avec les périodes d'éruption des dents, mais dans un des faits cités (cas traité par le Dr Marfan, incision gingivale) la défervescence ne s'est produite que trois jours après le bridement ; il ne croit donc pas que les accidents étaient uniquement imputables à la dent. Il a développé et commenté maintes fois ce fait : que l'on voit la dent apparaître et qu'on est porté volontiers à lui attribuer le cortège des phénomènes généraux qui peuvent accompagner son éruption, mais en réalité la dent n'est qu'une faible portion du tube digestif dont sont, à son avis, la seule cause qui favorise, au moment de ces poussées de croissance, l'apparition des accidents généraux observés. C'est donc l'alimentation ou les transformations d'ensemble qu'il faut surtout incriminer et pense que les tableaux de Frison lui auraient donné raison, si l'on avait relevé par une observation complète des enfants, même en dehors des périodes de dentition, les maladies qui n'ont pas coïncidé avec ces périodes.

M. Siffre abonde complètement dans le même sens que M. M. Roy.

M. Frison rappelle la part qu'a prise M. Planchon dans l'accomplissement de ce travail, qui retarde un peu sur les dates généralement admises ; les accidents graves ont été rares, ils ont disparu après l'apparition de la dent ; il les considère du reste, lui-même, comme concomitants et dit que dans le cas grave relaté, si la défervescence ne fut complète que trois jours après l'incision de la gencive, l'abaissement de la température avait commencé cependant aussitôt après.

(A suivre.)

RÉUNIONS ET CONGRÈS

V^e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL.

Berlin, 23 au 28 août 1909.

SECTION X. — HYGIÈNE DENTAIRE ET BUCCALE.

PROPOSITION A DISCUTER.

I. L'établissement de cliniques dentaires municipales pour enfants est considéré de nos jours comme une nécessité hygiénique internationale.

II. C'est là un des moyens les meilleurs pour combattre efficacement, pour empêcher les maladies infectieuses, et principalement la tuberculose.

III. Pour améliorer l'état sanitaire en général, il est indispensable que le médecin-dentiste du régiment continue l'œuvre du médecin-dentiste des écoles.

IV. Il faut aussi que l'hygiène de la bouche et des dents soit observée par les caisses municipales de secours en cas de maladie, dans les hôpitaux, les cliniques, les orphelinats, les asiles de sourds-muets, les asiles d'aliénés et dans les prisons.

Sur la proposition de la Section X « hygiène de la bouche et des dents » le 5^e Congrès international siégant à Berlin doit nommer un comité international perpétuel pour l'hygiène de la bouche, dont feront partie des dentistes de grande réputation, des professeurs, des médecins, des fonctionnaires.

Les décisions de ce comité seront publiées et devront être observées partout.

La commission d'hygiène de la F. D. I. a décidé à Bruxelles de proposer au 5^e Congrès dentaire international de Berlin les résolutions suivantes :

I. La commission recommande au Congrès de Berlin d'affirmer la valeur et l'importance des soins dentaires donnés aux enfants des écoles et exprime le vœu que le Congrès prenne connaissance des résultats obtenus en Allemagne par un certain nombre de dentistes et d'administrations ; il conseille l'adoption de ces institutions dans d'autres pays.

II. La commission exprime le vœu, que le Congrès affirme la valeur des soins dentaires donnés à l'armée et à la marine, tout en faisant ressortir la nécessité de ne laisser donner ces soins que par des personnes munies d'un diplôme dentaire.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le Président de la République française,

Sur le rapport du Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,

Vu l'article 2 de la loi du 30 novembre 1893 ;

Vu la loi du 12 juillet 1875 ;

Vu la loi du 18 mars 1880 ;

Vu la loi du 10 juillet 1896 ;

Vu les décrets des 25 juillet 1893, 14 février et 31 décembre 1894 ;

Vu les décret et arrêté du 11 janvier 1909 ;

Vu la loi du 27 février 1880 ;

Le Conseil supérieur de l'Instruction publique entendu,

Décrète :

Art. 1er. — Les aspirants au diplôme de chirurgien-dentiste qui auront obtenu, antérieurement au 1er décembre 1909, les diplômes, brevet ou certificats prévus par les règlements susvisés pourront, jusqu'à cette date, opter entre le régime d'études établi par le décret du 25 juillet 1893 et le régime d'études établi par le décret du 11 janvier 1909.

A partir de l'année scolaire 1910-1911, nul ne sera autorisé à entreprendre les études en vue du diplôme de chirurgien-dentiste d'après le régime établi par le décret du 25 juillet 1893.

Art. 2. — Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts est chargé de l'exécution du présent décret.

(*Journal officiel* du 29 juillet 1909.)

NÉCROLOGIE

Nous apprenons avec regret la mort de notre jeune confrère M. O. Baudrieu, décédé à Paris, à l'âge de 21 ans.

Nous adressons à sa famille nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Association française pour l'Avancement des Sciences.

La prochaine réunion de l'A. F. A. S. se tiendra à Toulouse, dans la première semaine du mois d'août 1910.

⁂

La Section d'Odontologie de l'A. F. A. S. a élu comme président de la session de 1910, notre rédacteur en chef M. Maurice Roy.

Elle lui a adjoint, comme vice-présidents, MM. Durand (de Lyon), et Lee (de Reims).

⁂

Nous apprenons également que M. Godon a été élu délégué au Conseil d'administration de l'Association française pour l'avancement des sciences.

29 ANNÉE. N° 16 30 AOUT 1909 VOL. XLII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

BULLETIN

1889-1909

LE V^e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Lorsqu'en 1889, les dentistes français adressèrent à leurs confrères de tous les pays une invitation à se réunir à Paris en un premier Congrès international, certains pensèrent que la tentative était fort risquée et présentait peu de chances de succès. Mais l'initiative prise par notre pays répondait évidemment à un besoin puisque huit cents dentistes vinrent assister à ce congrès, dont on sait le brillant succès et où, pour la première fois, les dentistes purent prendre conscience de leur force et de leur rôle social.

Grâce à l'initiative des dentistes français, l'élan était donné ; en 1893, les Américains à Chicago, en 1900, les Français de nouveau à Paris, en 1904, les Américains à Saint-Louis, organisèrent les 2^e, 3^e et 4^e Congrès dentaires internationaux, dont le succès s'affirma sans cesse croissant par le nombre des congressistes qui atteignit le chiffre de 1200 au Congrès de Paris, qui a laissé un souvenir inoubliable dans la mémoire de tous ceux qui y assistèrent.

Le second congrès de Paris, avant de se séparer, avait créé, grâce à l'initiative de notre éminent directeur M. Godon, un organisme nouveau, la Fédération dentaire internationale, qui était chargé d'assurer la pérennité de l'œuvre des Congrès internationaux et de préparer les congrès ultérieurs, ce qu'elle fit en 1904 à Saint-Louis et cette année à Berlin.

Ce V^e Congrès dentaire international qui allait se tenir vingt ans exactement après le premier, aurait-il le succès de ses frères aînés ?

On pouvait se demander en effet si les Congrès qui l'avaient précédé n'avaient pas emprunté une part de leur succès aux expositions universelles qui se tenaient au même moment dans les villes où ils siégeaient, ce qui n'était pas le cas pour celui de Berlin. D'autre part, ce dernier congrès s'annonçait comme un congrès de lutte internationale contre l'idée stomatologique ; on se rappelle en effet les événements qui marquèrent l'organisation de ce congrès, qui fut fait un peu en opposition avec celui de médecine de Budapest qui, comme celui de Lisbonne, avait exclu les dentistes de sa section de stomatologie contrairement à ce qui s'était passé au Congrès de Madrid.

Le Congrès de Berlin devait donc être nettement anti-stomatologique et seul l'intérêt des questions odontologiques entrerait en jeu pour assurer son succès. Disons tout de suite que celui-ci a dépassé toutes les espérances et que cette cinquième réunion internationale est la plus grande preuve de vitalité que les dentistes aient encore donnée. Plus de quinze cents dentistes en effet, sans compter cinq cents participants (étudiants, fournisseurs, etc.), sont venus de tous les pays du monde consacrer le triomphe de l'idée odontologique et travailler au progrès de notre science spéciale.

Ce Congrès comme les réunions précédentes s'était divisé en douze sections qui, outre deux séances générales, travaillèrent simultanément pendant cinq jours entiers pour épuiser des ordres du jour des plus chargés sur les questions les plus diverses de l'art dentaire.

Des réunions semblables sont évidemment la meilleure justification de l'autonomie de l'art dentaire car elles prouvent l'inanité des arguments de ceux qui la combattent et veulent absolument faire de cet art spécial l'apanage des seuls médecins.

N'est-il pas évident que le jour où un art comme le nôtre est obligé dans ses Congrès de se subdiviser en douze sections, tellement est vaste le domaine qu'il embrasse, cet art a droit à son autonomie absolue qui seule peut assurer son libre et complet développement et qu'il ne saurait être considéré comme une branche accessoire d'une autre science générale comme la médecine qui elle aussi tend à se subdiviser de plus en plus de par les nécessités pratiques. Au fur et à mesure que s'étend le champ des connaissances humaines, il est de toute nécessité que chaque individualité se spécialise de plus en plus afin d'augmenter ses facultés de rendement intellectuel et pratique pour le plus grand profit de la communauté.

Immédiatement après le Congrès dentaire de Berlin se tenait le Congrès de médecine de Budapest. Celui-ci, qui comprenait vingt sections, en avait une, la section de stomatologie, qui était consacrée à l'art dentaire.

Par ce simple rapprochement il est facile de juger la théorie stomatologique et la théorie odontologique.

Du reste il est bon de constater que les efforts des stomatologistes n'ont pu triompher que dans trois pays, l'Italie, l'Autriche et la Hollande, pays qui se distinguent de tous les autres pays du monde en ce que, seuls, ils ne comportent aucun examen spécial pour l'exercice de l'art dentaire, les stomatologistes, comme les gentilshommes de l'ancien régime, étant réputés tout savoir par essence surnaturelle.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, le Congrès de Berlin a eu un succès éclatant et par le nombre des congressistes et par le nombre et l'importance des communications dans toutes les branches de l'art dentaire.

Il nous faut féliciter nos confrères allemands des efforts qu'ils ont fait pour assurer la réussite de cette réunion. Sans doute l'organisation du Congrès a donné lieu de la part des confrères étrangers à quelques critiques dues justement à cette affluence de congressistes et *de communication, l'insuffisance des traductions dans les diverses langues a apporté quelque gêne dans les travaux du Congrès, mais ces critiques de détail ne nous empêchent pas de constater le splendide résultat obtenu et les organisateurs du V^e Congrès dentaire international ont bien mérité de la science dentaire en réussissant à grouper dans ce Congrès plus de quinze cents dentistes dont la moitié d'étrangers à l'Allemagne.*

Les Français qui y étaient venus en grand nombre ont tenu, dans ces grandes assises internationales, la place importante qui leur revenait de par l'état de développement avancé de l'odontologie dans notre pays, et notre directeur, M. Godon, dont on sait le rôle si prépondérant dans l'organisation professionnelle de l'art dentaire et qui est le président d'honneur de la F. D. I., était président d'honneur du Congrès.

Une exposition d'art dentaire des plus remarquables avait été organisée en même temps que le Congrès, et ce ne fut certes pas un des moindres attraits de celui-ci que la réunion d'appareils, de pièces, de préparations si remarquables qui avaient été rassemblés là par les organisateurs de cette exposition qui était un des clous du Congrès. L'École dentaire de Paris, qui avait envoyé les pièces les plus intéressantes de son musée a obtenu la plus haute récompense. Une exposition des plus importantes de fournisseurs, formait une annexe intéressante.

Les organisateurs avaient préparé tout un programme de fêtes et de banquets des plus brillants dont nous publierons le compte rendu en son temps et dont le succès fut des plus grands bien que deux mille personnes prissent part à ces réunions.

Un Comité de dames fort bien organisé avait préparé pour les femmes des congressistes un programme des plus intéressants d'excursions et de visites d'établissements et de musées qui fut très réussi. Nous remercions bien cordialement nos confrères allemands pour toutes ces splendides réceptions.

En même temps que le Congrès, la Fédération dentaire internationale dont les pouvoirs expirent avec chaque congrès international, tint sa neuvième session. Le Congrès de Berlin avant de se clore approuva le travail accompli par la Fédération depuis le dernier Congrès, félicita ses membres de leur dévouement et, ayant renouvelé la liste des membres du Conseil exécutif, chargea la F. D. I. de préparer le prochain Congrès international, qui doit se tenir à Londres en 1914, tout en continuant le travail entrepris par ses diverses Commissions d'enseignement, d'hygiène, etc. et pour lequel la prochaine réunion a été fixée à Paris en avril 1910.

Le Vᵉ Congrès dentaire international a donc été un événement considérable pour l'art dentaire.

Au point de vue scientifique il est impossible de nier les résultats de ce Congrès qui représente un immense effort auquel ont contribué les centaines de dentistes de tous les pays qui ont travaillé pour venir apporter à leurs confrères le résultat de leurs expériences, de leurs études sur les diverses branches de la science dentaire. Si l'on songe à la somme de travail que représente l'ensemble de ces efforts dont on aura une idée par le compte rendu que nous en publierons, on ne peut nier les avantages de ces grandes réunions où tous rivalisent pour apporter une nouvelle pierre à l'edifice odontologique.

Au point de vue social, le Congrès de Berlin marquera une date importante pour les dentistes. C'est une manifestation imposante de leur force et de leur importance dans la société moderne et il y a lieu à cet égard de féliciter et de remercier le Gouvernement allemand et la Ville de Berlin des marques d'intérêt qu'ils ont accordées aux dentistes à l'occasion de leur Congrès.

Le Palais du Reichstag tout entier avait été mis à la disposition des congressistes pour tenir leurs réunions et installer leur exposition et plusieurs repré-

sentants du Gouvernement vinrent dans la séance d'ouverture apporter aux congressistes le témoignage de l'intérêt que celui-ci prenait à leurs travaux.

Le Conseil municipal de Berlin offrit à l'Hôtel de Ville un banquet splendide aux principaux congressistes des divers pays.

Ce sont là des marques de considération que nous notons seulement parce qu'elles sont un signe des temps et qu'elles sont comme nous le disions un indice de l'importance légitime que prend le dentiste dans la société moderne.

Ce développement de l'importance sociale du dentiste est dû à ce que, enfin, on commence à se rendre compte du rôle que celui-ci est appelé à jouer dans l'hygiène publique et des services considérables qu'il a déjà rendu dans les œuvres d'assistance et d'hygiène publiques auxquelles de nombreux dentistes se consacrent avec tant de dévouement. Nous en avons pu voir un exemple dans cette organisation, dont nous reparlerons plus tard, de la clinique dentaire organisée par les assurances obligatoires de l'Etat contre la maladie.

Ce succès tant scientifique que social du Congrès de Berlin est la résultante des longues années de travail et de lutte des dentistes du monde entier qui ont amené notre si belle et si intéressante profession au point de développement où elle est aujourd'hui; c'est l'œuvre notamment de ces vingt dernières années qui ont vu l'organisation de ces congrès internationaux qui, commencés en 1889 à Paris, viennent de se continuer si brillamment cette année à Berlin, marquant l'écrasement de l'idée stomatologique.

Tous les dentistes du monde peuvent se réjouir de ce succès que nous sommes particulièrement heureux de saluer ici, succès qui ne fera que s'accroître encore dans cinq ans quand se tiendra le prochain Congrès dentaire international, à Londres en 1914.

MAURICE ROY.

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉTUDE SUR LA RÉSORPTION DES RACINES DES DENTS TEMPORAIRES QUEL EN EST LE PROCESSUS PHYSIOLOGIQUE ?

Rapport présenté au 5e Congrès dentaire International de Berlin, août 1909.

Par J. Choquet,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

La Fédération Dentaire Nationale Française m'ayant désigné pour vous présenter un rapport en séance d'ouverture du Ve Congrès dentaire international, j'ai tenu à vous soumettre un travail d'intérêt pratique. Je ne veux pas dire par là que j'ai laissé dans l'ombre le côté scientifique, car, en agissant ainsi, ce serait ne pas vouloir tenir compte de l'ambiance dans laquelle nous nous trouvons actuellement.

Mon rapport sera donc pratique et scientifique à la fois, et de nombreux faits précis viendront accompagner les théories ou plutôt les opinions que j'aurai l'honneur de vous soumettre dans un instant.

Mais, tout d'abord, qu'il me soit permis d'adresser à mes compatriotes mes plus sincères remerciements pour le grand honneur qu'ils m'ont fait en me choisissant pour les représenter.

Et à vous aussi, Messieurs, laissez-moi vous dire combien j'ai été sensible à l'honneur que vous m'avez fait en me comptant parmi les présidents honoraires de la première section du Congrès.

Laissez-moi par avance, mes chers confrères, réclamer toute votre indulgence si, au cours de ce travail, j'ai omis, bien involontairement, croyez-le, de citer quelqu'un d'entre vous. Le sujet traité est vaste, vous le savez, et les travaux qui ont été publiés sur ce point de physiologie dentaire sont, on peut le dire, innombrables.

Si, il y a environ deux siècles, c'est en France qu'ont pris naissance les premières théories, vous avez, en Allemagne, dans ces dernières années contribué d'une façon intense à la mise au point de la question. La plupart de vos chercheurs ont confirmé les théories émises autrefois dans mon pays par Bunon, Bourdet, Redier, Malassez et Galippe, qui représentent les principaux pionniers dans ces recherches. Et, depuis une quinzaine d'années surtout, la littérature allemande seule s'est enrichie d'une véritable floraison de travaux dus à la plume si autorisée des Kehrer, Wedel, Kölliker, Eichler, von Metnitz, Miller, Treuenfels, Williger, Adloff et de tant d'autres, et c'est vous dire combien la bibliographie en est longue.

Le titre de mon rapport vous indique d'une façon très précise que je n'ai pas la prétention de résoudre d'une façon complète le problème si ardu, si complexe du processus physiologique de la résorption des dents temporaires. Pour éviter toute confusion, toute mauvaise interprétation, j'ai pris en effet, la précaution d'employer la forme interrogative. Mon rôle se bornera donc à vous soumettre quelques faits nouveaux résultant de recherches absolument personnelles.

Celles-ci, comme vous le verrez, ont été effectuées, non seulement dans le domaine de l'anatomie dentaire humaine, mais surtout dans le domaine de l'anatomie comparée, et c'est principalement sur les observations tirées de cette dernière que je me base pour établir mes conclusions.

J'apporte donc, moi aussi, ma petite pierre à la construction de l'édifice que le dentiste, à quelque nationalité qu'il appartienne, s'efforce de construire pour prouver que notre place est tout aussi marquée dans la famille médicale que celle du chirurgien ou de l'homme de laboratoire.

Vous savez, Messieurs, combien il a existé, combien il existe encore à l'heure actuelle de divergences d'opinions au sujet du problème de la résorption des racines des dents temporaires.

Tout en étant aussi bref que possible, il faut, à mon avis, pour mettre les choses entièrement au point, faire un historique de la question, étudier les diverses théories qui se sont succédé très rapidement depuis un peu plus d'un siècle, pour arriver par phases successives aux idées actuelles. Et ceci est d'autant plus nécessaire que certaines erreurs, que je signalerai du reste quand l'occasion s'en présentera, se sont produites dans l'attribution à tel ou tel auteur de telle ou telle opinion.

Depuis l'époque où Bunon publia le premier ouvrage dans lequel on envisage le processus de la résorption, tous les praticiens soucieux de leur art ont eu à cœur d'étudier cette question. A tour de rôle, ils ont émis des opinions différentes, quelquefois diamétralement opposées, mais celles-ci, malgré leurs divergences, ont fini, par se condenser, se synthétiser, pour ainsi dire, en une théorie unique.

Je veux parler de celle que l'on considère actuellement en France et presque partout comme se rapprochant le plus de la réalité : j'ai cité la théorie de Redier, de Lille, publiée en 1881 et qui a été le point de départ des travaux les plus récents.

J'en parlerai du reste à son heure.

Actuellement, on peut dire que, chronologiquement les diverses théories peuvent se réduire à trois ·

1° La théorie mécanique ;
2° La théorie organique ;
3° La théorie de Redier.

Envisageons donc chacune de celles-ci en mentionnant les auteurs principaux et en citant une partie de leurs ouvrages.

Je procéderai chronologiquement, ce qui, à mon avis, est absolument indispensable pour bien faire ressortir les transformations insensibles qui se sont produites dans l'opinion des différents auteurs.

Si je dis que c'est Bunon qui, *le premier,* a émis une opinion personnelle au sujet de la résorption des dents de lait, ce n'est cependant pas lui qui, depuis la seconde moitié du XVII^e siècle, a publié le premier ouvrage ayant trait aux dents.

Cette priorité revient à B. Martin qui, dans sa *Dissertation sur les dents,* éditée à Lyon en 1679, soutient que les organes temporaires n'ont point de racines, mais que, cependant, il n'est pas sans exemple d'avoir vu des gens avoir leurs premières dents avec leurs racines, lesquelles ne sont point tombées pour faire place aux autres.

Vient ensuite Fauchard, surnommé non sans raison le Père de la Dentisterie, qui dans sa première édition du *Chirurgien-dentiste,* approuvée en 1725, par Hecquet, docteur régent de la Faculté de Paris, et par Helvétius et publiée seulement en 1727, présente le premier travail sérieux sur les dents. Fauchard, malheureusement, dans cette première édition *ne dit pas un mot* ayant trait à la résorption.

Il est vrai qu'il se rattrape, comme on le verra plus loin, dans sa deuxième.

Quelques années plus tard, Giraudly, en 1736, dans son ouvrage intitulé l'*Art de conserver les dents,* n'émet pas d'opinion personnelle au sujet de la résorption. Il dit : « quant à la cause qui produit la chute des dents de lait, les sentiments sont partagés. Les uns veulent que la portion de la dent renfermée dans l'alvéole, étant composée de sucs analogues et plus forts que les premiers qui ont fourni la portion extérieure de la dent de lait, doive résister aux secousses et aux efforts de la mastication que la portion extérieure ne peut soutenir. Les autres veulent que chaque alvéole qui renferme les dents de lait ait deux germes ; que celui qui est dessous, ayant pris nourriture, pousse la première dent produite par le premier germe ; que celle-ci, plus exposée aux efforts, s'ébranle, sorte et cède sa place à celle qu'a produite le second germe. Comme il y a plusieurs phénomènes inexplicables par la première opinion, nous nous arrêtons à la seconde ».

Nous ne connaissons malheureusement pas les auteurs dont Giraudly veut parler en pareil cas et il est regrettable qu'il ne les ait pas cités. Néanmoins, on sent d'après les paroles ci-dessus que l'essor d'une théorie ou d'une autre va bientôt se produire.

C'est Bunon, dans son *Essai sur les maladies des dents,* publié en 1743, qui, en même temps qu'il s'élevait contre l'opinion que les dents de lait n'ont point de racines, émettait l'avis que la racine de ces mêmes dents ne pouvait disparaître que par le frottement continuel de la dent de remplacement sous-jacente. Il dit en effet, page 99 :

« Pour moi, j'ai toujours observé que les dents de lait avaient des racines. »

Puis, page 103, venant à parler de la disparition des racines des dents temporaires : « Ainsi le corps le plus faible cède au plus fort ; la racine de la dent de lait s'use insensiblement par la pression et les particules de cette racine sont, ou consumées par la chaleur de ces mêmes parties, ou entraînées par la salive, ce qui continue jusqu'à ce que la deuxième dent ait pris la place de la première en consumant de cette sorte toute la racine. »

Dans sa deuxième édition du *Chirurgien-dentiste,* Fauchard, en 1746, émet, intéressé qu'il est par l'opinion de Bunon, un avis opposé à la théorie mécanique.

Il dit en effet :

« Tant qu'elles ne sont point chancelantes ou prêtes à tomber elles ont des racines bien formées, quoique quelques anatomistes avancent, comme je l'ai déjà rapporté, qu'elles n'en ont point. Mais, ce qu'il y a de singulier, c'est que le corps de ces premières dents nommées dents de lait se détache de leurs racines, sans que l'on sache vraiment comment la plupart de ces racines se détruisent, ce qui a fait conclure à quelques-uns qu'elles n'en avaient point. Pour concevoir la véritable cause de la chute de ces dents, il faudrait pouvoir se rendre compte de la façon par laquelle leur corps se sépare de leur racine. L'auteur d'un petit livre sur les dents qui a paru depuis peu (c'est de Bunon qu'il s'agit) veut que la racine de la dent de lait s'use par le frottement et la pression de la dent sous-jacente. Il serait difficile d'imaginer comment cet effet pourrait être produit, car il faudrait pour cela que la couronne ou extrémité de la deuxième dent fût agitée en sens divers contre la racine de la dent de lait avec un assez grand mouvement.

» A l'égard de l'empreinte ou petit enfoncement qui se remarque à la racine de la dent de lait, Urbain Hémart dit que lorsque les dents de lait tombent d'elles-mêmes ou qu'on les ôte avec un fil ou autrement, elles se meuvent sans aucune racine, portant seulement au-dessous de leur couronne la marque de la seconde dent qui l'a poussée en dehors pour se faire faire place. Je soutiens donc que cette marque peut être faite par l'extrémité de la couronne de la deuxième dent qui, étant beaucoup plus dure que la racine de la première, n'a pas de peine à y faire cette impression, d'autant plus que, dans ce temps, cette racine est ordinairement très creuse et presque cartilagineuse.

» C'est pourquoi, on pourrait présumer que la Nature a disposé les sucs intérieurs de cette racine avec les vaisseaux qui l'arrosent extérieurement, de façon qu'ils parviennent à la dissoudre et consumer plutôt que par simple attouchement par la pression de la première dent.

» Il faut donc que la Nature se serve d'autres moyens plus particuliers et plus vraisemblables pour la dissolution ou la consomption des racines des dents de lait que ceux que l'auteur ci-dessus fait entrer en jeu et qui dépendent plutôt de la conjoncture que de la certitude. »

Ainsi que l'on peut en juger par la lecture ci-dessus, ce n'est pas sans raisons que je fais toutes réserves au sujet de la priorité accordée par certains auteurs à Fauchard, au détriment de Bunon.

La publication du travail de Lécluse en 1754, intitulé *Nouveaux éléments d'odontologie*, nous montre que cet auteur est également opposé à la théorie mécanique de Bunon, mais ne nous indique cependant pas par suite de quel processus la chute des dents temporaires peut s'effectuer.

Environ trente ans plus tard, en 1786, Bourdet, ayant étudié la question, apporte une modification sensible à la théorie mécanique dans son livre : *Recherches et observations sur toutes les parties de l'art du dentiste.*

Pour lui, celle-ci n'est pas seule en cause. Pour un peu même il ne l'admettrait pas et on doit le considérer comme le véritable créateur de la théorie chimico-organique. Ecoutons plutôt ce qu'il dit à ce sujet page 51 du tome 1er : « On verra que la seconde dent, à mesure qu'elle s'élève, reste enveloppée dans sa membrane jusqu'à ce qu'elle soit prête à sortir de son alvéole : en sorte que cette membrane est entre elle et la racine de la première dent. Cette racine se trouve détruite et ne donne pas à la seconde le temps de l'atteindre.

» De plus, on aperçoit entre la première et l'extrémité de la dent nouvelle une petite distance qui fait voir clairement que cette racine est détruite par *quelque autre cause* que le frottement d'une autre dent. *On remarque même aux environs de l'endroit où cette racine se consume des parties molles et charnues qui la rongent ;* ce qui me fait conjecturer que ces parties contiennent alors des sucs âcres qui produisent cet effet.

» J'ai encore constaté que, quand la seconde dent prend une nouvelle direction et ne rencontre pas la racine de la dent de lait, cette racine ne se détruit pas moins. »

Voici donc un auteur qui, par ses recherches, ses observations, vient, à quarante ans de distance, combattre l'opinion émise par Bunon et devient le précurseur de Tomes. Il ne décrit pas encore le corps absorbant, le fongus de celui-ci, mais il le pressent, et l'antagonisme de Bourdet et de Bunon est des plus intéressants à signaler.

Notons en passant que l'on attribue toujours à Delabarre la priorité au sujet de cette théorie organique. C'est une grave erreur et c'est à Bourdet, quoi qu'on dise, que doit en revenir la paternité. C'est cette théorie qui a été le point de départ de tous les travaux publiés jusqu'en 1881, et elle n'est pas si absurde que le disait si aimablement Bell en 1835.

Dans son ouvrage *The Natural history of the human teeth*, édité en 1778, John Hunter s'occupe très peu de la question qui nous intéresse. Il y consacre seulement deux pages dans lesquelles il nie la théorie mécanique et n'admet la résorption que par suite d'un ***processus particulier de l'économie.***

Il nous faut arriver en 1801 pour trouver dans le *Mémoire* de Laforgue, contenant *dix-sept articles relatifs aux maladies des dents,* une augmentation sensible de ce que Bourdet avait entrevu.

Ce n'est pas encore le fongus qu'il décrit, mais la définition qu'il donne est déjà beaucoup plus nette et plus précise que celle de son devancier. Il dit, en effet, dans son article 7, page 113 : « Les racines se dissolvent jusqu'à la couronne. Quand on arrache la couronne d'une dent de lait, on trouve entre elle et la dent de remplacement un bouton charnu et une liqueur visqueuse et très filante. Je crois que la partie charnue sert d'éponge à la liqueur et la conserve sur les parties qui doivent se ramollir et se décomposer ; le tout est conservé par une capsule qui suit la marche de la dissolution. Cet appareil a lieu à chaque racine. La partie osseuse décomposée reste en partie dans l'appareil dissolvant ; elle devient ramollissante et fondante. Il y a toujours un espace entre la dent de lait et la dent permanente. *Cet espace est occupé par l'appareil dissolvant.* Quand la dissolution a détruit les racines et une partie des adhérences des gencives à la couronne, les dents remplaçantes poussent ces restes de dents et les déjettent du côté où elles sont encore attachées aux gencives ; dans cet état, *l'appareil fondant n'existe plus. Il n'y a point de décomposition des racines sans l'appareil fondant.*

» Si cet appareil n'a pas lieu au temps prescrit par la nature, les dents de lait restent en place et celles de remplacement ne sortent point. Si l'appareil fondant trouve moins de solidité aux parties voisines, il marche de ce côté et laisse les racines de dents de lait en place ; ***il n'en décompose qu'une partie*** et conduit la dent vers la partie interne ou externe. »

La même année, Blake, dans son *Essay on the structure and formation of the teeth in man,* n'apporte aucune amélioration aux diverses théories. Il n'a pas d'idée personnelle à ce sujet et reproduit seulement l'opinion de Van Swieten quand celui-ci réfute la théorie mécanique de Bunon.

En 1802, Miel fait le *premier* l'observation que la racine d'une dent de lait offre quelquefois deux points de destruction, l'un répondant à la dent qui doit lui succéder, l'autre latéral et vis-à-vis une dent de remplacement. De même que nous avons vu Bourdet être le précurseur de Tomes, par rapport au fongus, de même Miel est le précurseur de Malassez et Galippe, qui ont signalé le processus de résorption comme pouvant se produire en un point diamétralement opposé à celui du contact entre la racine de la dent temporaire et la dent permanente.

Joseph Fox en 1803 (*Natural history of the human teeth*), dit page 40 :

« Ces faits semblent prouver que l'absorption des racines des dents temporaires est un processus de nature quelquefois indépendant de la pression, et il est intéressant de noter que cette perte de substance s'effectue juste au moment où il se produit un *apport considérable* de matériaux pour la croissance de l'individu. »

En 1815, Delabarre dans son *Odontologie* ou *Observations sur les dents humaines*, de même que dans son traité de la *Seconde dentition* de 1819, représente pour ainsi dire le champion de la théorie organique. Il dit en effet, dans son travail de 1815, page 18 :

« Quoique les dents de lait n'offrent point de racines lorsqu'elles tombent naturellement, et quand elles sont chassées par la présence des dents de remplacement, cependant, il est bon de dire aux parents que ces dents ont des racines comme les autres ; que ces racines que la nature avait formées se détruisent peu à peu, seulement quand les dents qui doivent les remplacer se développent et croissent; que ce phénomène s'opère lentement et à mesure que la dent de remplacement avance vers la sortie. Si par hasard le germe d'une dent adulte ne se développe pas, alors la racine de la dent de lait ne se détruit pas. Cette dent reste en rang avec celles de la deuxième dentition. »

Cette définition, tout à fait opposée à celles que nous avons citées de Laforgue et de Bourdet, peut être très discutée, car, quel est celui d'entre nous qui n'a pas constaté la chute d'organes temporaires n'ayant jamais été remplacés par des organes permanents? J'envisagerai du reste cette question à la fin de ce travail.

Dans son traité de la *Seconde dentition*, paru en 1819, la question du processus de résorption est très sérieusement étudiée. Nous trouvons en effet page 72 cette phrase : « Ce singulier phénomène, d'abord méconnu, fut ensuite expliqué de diverses manières, et la mue des dents est encore, pour ceux qui n'y veulent reconnaître que des causes mécaniques, un problème dont ils ne peuvent se rendre compte. »

Comme on le voit, c'est une véritable déclaration de principes et Delabarre est un ennemi acharné de la théorie mécanique. Un peu plus loin il ajoute : « Ainsi que je l'ai dit, c'est à l'instant où commence la rétraction des parois de la matrice qui de la gencive se rendent au collet de la dent, que le plissement des vaisseaux qui entrent dans leur tissu, compose un corps d'apparence charnue, dont les absorbants étendent leur empire sur toutes les parties environnantes.

» C'est donc la matrice dentaire elle-même qui, après s'être dilatée pour servir d'enveloppe protectrice à la dent, se contracte pour former non seulement *ce petit corps bourgeonneux,* qu'on trouve immédiatement au-dessous des dents de lait, à l'instant où elles tombent d'elles-mêmes et dont le volume augmente nécessairement, à mesure que l'odontocie s'opère, mais encore une masse charnue dont toute la couronne est environnée et dont *l'épaisseur est d'autant plus remarquable que l'organe qu'elle enveloppe est plus proche de son orifice.*

» Y a-t-il de sa part exhalation d'un fluide dissolvant qui agit chimiquement sur les parties osseuses environnantes ou bien les absorbants dévorent-ils sans aucun intermédiaire tout ce qui s'opposerait à la sortie de la dent ? Il ne peut y avoir d'usure de la racine temporaire par la couronne de la dent permanente puisqu'il n'y a pas de frottement, celle-ci étant séparée de tout ce qui l'environne par le corps de la matrice, jusqu'à ce qu'elle ait franchi l'ouverture de l'*iter dentis*... Si l'action immédiate de l'appareil absorbant n'a pas lieu sur la racine temporaire, ce qui se produit dans les cas où la dent de remplacement ne suit pas l'*iter dentis,* ou bien chez quelques enfants faibles, la destruction n'en est pas opérée et elle peut rester en place toute la vie, quoique la dent permanente soit sortie non loin d'elle.

» L'absorption de la racine a quelquefois lieu, quoique la dent permanente soit encore éloignée, mais alors le travail qui s'opère a devancé de beaucoup l'odontocie, ce qui est une nouvelle preuve qu'aucune action mécanique ne détermine la chute de la dent.

» *C'est ainsi qu'il arrive quelquefois qu'une dent temporaire située proche de celle qui doit être remplacée se trouve détruite en partie par le corps fongiforme destiné à dévorer sa voisine.* » Enfin Delabarre cite un cas de transplantation ayant occasionné un insuccès au bout de trois ans et dans lequel les racines avaient été réduites à un mince filet osseux qui présentait mille aspérités.

Ainsi qu'on peut s'en rendre compte par ce qui précède, il existe dans la description donnée par Delabarre plusieurs points excessivement intéressants à signaler. En premier lieu, à cinq ans d'intervalle, il revient sur une opinion concernant le maintien ou la chute des dents temporaires. En second lieu, et c'est là le fait principal, il signale le premier **un appareil absorbant, un corps fongiforme** situé à la partie supérieure du bord libre des dents de remplacement, par conséquent à la partie interne du sac folliculaire qui s'ouvre pour livrer passage à la dent permanente.

Il hésite entre la présence d'un acide sécrété par ce corps fongiforme et un *processus mystérieux* qui viendrait à agir sans intermédiaire sur les tissus qui s'opposeraient à la sortie de la dent.

Delabarre a retrouvé le corps absorbant de Laforgue, il l'a étudié *macroscopiquement,* mais c'est Tomes, quelques années plus tard, qui, l'ayant examiné *microscopiquement,* en a donné la définition histologique qui a eu cours jusqu'à ce jour.

Aux auteurs que je viens de signaler vient s'en joindre un nouveau.

Pour Serres, la chute des premières dents « est le phénomène intermédiaire entre la première et la deuxième dentition ; c'est le terme de l'une et le commencement de l'autre. On doit considérer deux points bien distincts dans cette chute des organes temporaires :

1° La cessation de la vie des premières dents ;

2° Leur ébranlement et le mécanisme de leur chute. »

Page 97 : « Les dents de l'enfant ont donc cessé d'exister avant leur chute ; elles sont devenues de véritables corps étrangers dont la nature provoque l'expulsion par un mécanisme particulier. Lorsque les premières dents ne tombent point à l'époque déterminée, leur vitalité continue-t-elle ? »

Ainsi qu'on le voit, Serres envisageait la question à un tout autre point de vue que celui que nous avons l'habitude d'envisager aujourd'hui. Pour lui, les dents temporaires, à partir du moment où elles doivent être remplacées par les permanentes, ont cessé de vivre et doivent être expulsées de l'organisme. Nous verrons plus loin ce qu'il y a de vrai dans cette conception.

Après avoir signalé l'opinion de Van Swieten, Serres s'attache à réfuter la théorie mécanique et dit que, « pour que celle-ci pût être admise, il faudrait qu'il y eût un frottement qui ne peut exister parce que :

» 1° Ces dents renfermées dans des loges distinctes ne sont pas placées immédiatement au-dessous les unes des autres ;

» 2° Parce que les racines des premières dents commencent à être usées avant que les secondes ne les touchent ;

» 3° Parce que, par suite de leur organisation les dents ne peuvent jamais se toucher immédiatement, que toujours il existe un petit intervalle occupé par l'enveloppe membraneuse de la seconde dent. »

En même temps, Serres s'élève vivement contre la théorie qui voudrait faire intervenir soit des sucs, soit des acides capables de dissoudre la racine des dents temporaires. Pour lui, ils n'existent pas, il ne voit pas d'où ils pourraient provenir. Il réfute enfin la théorie d'Ungerbauer pour qui les racines des dents temporaires seraient simplement rongées par la carie.

Le chapitre ayant trait à la résorption des racines se termine en citant Sœmmering et en attirant particulièrement l'attention sur cet auteur qui semble avoir envisagé le processus de résorption à un point de vue tout à fait magistral pour l'époque, lorsqu'il dit que les racines se ramollissent d'abord, puis sont absorbées par l'organisme, ce qui revient à l'explication de Bichat qui fait détruire les dents par l'absorption du phosphate de chaux, explication adoptée de nos jours par Ferrier quand, dans sa thèse, il a signalé les phénomènes d'ostéocie et d'odontocie.

Lemaire, dans son *Traité sur les dents,* édité en 1822, se révèle comme un partisan encore plus convaincu que Laforgue et Delabarre du corps fongiforme. Dans le tome Ier de son ouvrage, il s'exprime ainsi qu'il suit de la page 198 à la page 209 :

« Et il est évident que, lorsque les dents temporaires tombent, celles qui doivent les remplacer sont si loin d'avoir détruit par leur pression les parties contre lesquelles on suppose qu'elles agissaient, qu'elles sont encore environnées de leurs alvéoles osseux et complets. Ce fait, parfaitement exact, prouve évidemment que la résorption des dents ne peut pas être le résultat d'une pression mécanique, mais qu'elle dépend d'*une loi particulière de l'économie animale* dont il serait difficile de se rendre compte. »

Cette dernière partie de l'opinion de Lemaire reproduisant pour ainsi dire mot à mot les paroles de John Hunter est très précieuse, car, à cette époque, l'emploi du microscope tendait à se généraliser de plus en plus sans cependant présenter l'extension que devait prendre quelques années plus tard la technique microscopique qui nous est aujourd'hui d'un si grand secours dans l'étude et la solution de certains problèmes d'histologie ou de physiologie. Tel est le cas, par exemple, pour les cellules géantes qui jouent, d'après certains auteurs, un si grand rôle dans le sujet qui nous occupe.

D'un autre côté, la première partie de la définition donnée par Lemaire peut être sujette à discussion, car, pour qu'une dent temporaire puisse tomber, faut-il encore que l'organe permanent soit en contact plus ou moins direct avec celle-ci, contact plus ou moins intime ne pouvant s'effectuer que par la disparition de la paroi supérieure de l'alvéole qui le contient.

La page 206 du même auteur nous ouvre des horizons nouveaux qui sont une véritable amélioration dans l'étude de la résorption.

« Quand le système absorbant agit fortement sur l'appareil qui doit être détruit, l'autre système prend une nouvelle force dans l'appareil qui doit succéder. Ainsi, l'extension des parties supérieures, la contraction des parties inférieures et l'absorption, *suite nécessaire* de ces deux actions, font que d'un côté les dents montent, tandis que les racines des autres se détruisent...

» Si l'on examine les dents de l'appareil temporaire après qu'elles ont été rejetées par la nature, on trouve que leurs racines sont détruites en grande partie et souvent presque entièrement ; que leurs couronnes sont dénuées de leur tunique interne, que leur coquille même est presque retournée à l'état pulpeux et qu'enfin leur lame striée (émail) conserve seule de la consistance. »

Lemaire cite enfin Hunter pour lequel l'absorption aurait lieu d'abord au collet de la dent, ce qui, dans nos connaissances actuelles, est absolument inadmissible et il ajoute, se basant sur les observations d'Albinus, que c'est toujours ce qui n'est pas acceptable, la pointe de la racine qui se détruit la première. Nous le verrons du reste plus loin lorsque nous étudierons les auteurs récents et les observations qu'ils citent.

Cuvier, dans son travail : *Des dents considérées sommairement sous le point de vue anatomique, physiologique et zoologique, publié dans le 35^e^ volume du Dictionnaire des Sciences Naturelles,* semble prévoir la théorie future de l'ostéite raréfiante lorsqu'il dit page 14 : « En effet une des vérités les mieux établies par l'expérience, c'est que la nutrition de toute partie organique s'affaiblit dès que cette partie organique éprouve l'action mécanique continue d'un corps étranger quelconque et elle peut même s'arrêter tout à fait si cette action acquiert une certaine intensité. »

Notre grand anatomiste semble prévoir les phénomènes qui se produisent dans les os, venant à occasionner une irritation locale qui a été si bien décrite par Cornil et Ranvier dans leur traité d'*Anatomie pathologique* : « Quand un os est soumis à des causes d'irritation simple, telles que dénudation, blessures, présence d'un corps étranger, etc., il subit diverses modifications qui servent à établir la définition anatomique de l'ostéite. »

Cuvier semble assimiler, dans la chute des dents de lait, l'organe temporaire à un corps étranger, ce qui est vrai, privé de toute vitalité, ce qui est faux, vu que la pulpe persiste presque jusqu'à la chute de l'organe, ainsi que de nombreux auteurs l'ont avancé récemment.

En 1835 parut à Londres l'ouvrage intitulé : *The anatomy, physiology and diseases of the teeth,* par Thomas Bell.

Le chapitre ayant trait à la chute des dents temporaires n'est qu'une critique acerbe de toutes les théories émises antérieurement, qui sont traitées *d'absurdes,* aussi bien celles de Delabarre que celles de Bourdet ou de Bunon, *qui sont du reste les trois seuls auteurs consultés et cités par Bell.* Bell n'apporte aucun argument valable dans ses critiques et il se contente d'expliquer la résorption par **un processus d'anticipation.**

Dans sa thèse d'agrégation 1836, Blandin n'exprime pas d'opinion personnelle, mais semble se rallier à la théorie organique et surtout à l'idée émise par Cuvier, en prenant comme point de départ la destruction des vaisseaux sanguins se rendant à la pulpe de la dent temporaire, destruction occasionnée par la pression qu'exerce sur ceux-ci le germe de la dent permanente. Il se base pour cela sur les travaux de Lécluse, Ungerbauer et Serres, qui avaient étudié sérieusement la question.

Pour Retzius (1838), le travail de résorption s'effectue par un processus de transformation du sac folliculaire qui, d'après lui, se changerait en un corps épais, riche en tissus qui viendraient à sécréter des sucs ou des acides venant dissocier la racine de la dent temporaire.

Dans son *Anatomie comparée du système dentaire* (1839), Rousseau fait, lui aussi, intervenir comme cause efficiente de la résorption des dents temporaires un arrêt dans la circulation. D'après lui, ces dents peuvent être considérées comme des organes étrangers que la nature cherche à éliminer. Nous savons aujourd'hui, depuis la thèse de Robin, dont nous parlerons du reste plus loin, qu'une dent ne peut être considérée réellement comme un corps étranger qu'**autant que la pulpe a été détruite** soit par la carie, soit accidentellement. En pareil cas, le processus concourant à l'expulsion de ce corps étranger est tout différent de celui de la chute des dents temporaires. Dans ce dernier cas il y a une véritable résorption qui s'établit, caractérisée par des lacunes de Howship contenant des cellules géantes et surtout des quantités de petites cellules rondes, tandis que, dans le premier cas, on ne constate jamais semblable phénomène.

Rousseau est le *premier* qui ait envisagé le côté chimique de la question, étudiant pour cela les transformations moléculaires qui viennent à se produire dans la constitution chimique des dents, dont une grande partie des phosphates et carbonates de chaux qui composent celles-ci vient à être absorbée.

Lorsqu'il publia son *Traité complet de l'art du dentiste* en 1841, Maury se rallia absolument à l'opinion des Bourdet, Laforgue, Delabarre et autres qui, ainsi que nous l'avons vu, sont des partisans de la théorie organique et par conséquent de l'organe de résorption.

« L'absorption des cloisons alvéolaires dit-il, et de la racine des dents caduques ne paraît pas être déterminée par la simple pression exercée par les dents permanentes.

» La plupart des anatomistes admettent avec Bourdet, Laforgue et autres que cette absorption est opérée par un organe essentiellement vasculaire, sorte d'appareil absorbant qui recouvre le sommet de la couronne des dents de la deuxième dentition. C'est une espèce de bourgeon charnu ou de membrane vasculaire rougeâtre, laquelle se trouve placée entre les dents permanentes et la racine des dents temporaires, de sorte qu'elle empêche leur contact immédiat. »

Il se passe enfin une assez longue période de temps, pendant laquelle les chercheurs semblent s'être désintéressés de la question, et ce n'est qu'en 1856 qu'un auteur allemand, Nessel, publie quelque chose de nouveau. Tout en admettant la théorie, non plus organique proprement dite, mais une sorte de modification de celle-ci, il fait intervenir l'irritation occasionnée sur le périoste osseux par la poussée de la dent permanente amenant ainsi la destruction de la racine de la dent temporaire et la chute ultérieure de l'organe.

Nous arrivons enfin en 1861, année où John Tomes établit sa théorie du fongus qu'il a le premier étudié histologiquement et qu'il décrit comme une papille composée de cellules attachées les unes aux autres et recouvrant un tissu conjonctif ordinaire contenant des glandes ressemblant à celles que l'on trouve dans les couches superficielles. La base de cet organe serait constituée par du tissu rappelant le tissu fibreux en formation et la partie externe du sac folliculaire de la dent de remplacement serait le point de départ de la structure vasculaire donnant naissance à l'organe de résorption lui-même qui serait tapissé de cellules géantes. Il faut convenir que les travaux de J. Tomes ont réalisé un immense progrès, car ils ont permis une mise au point aussi consciencieuse que possible pour l'époque de la question de la résorption.

C'est à Kehrer, en 1867 que revient l'idée que le premier travail de résorption s'effectue exclusivement dans le ligament alvéolo-dentaire de la dent temporaire. Il se produirait, d'après lui, un travail de prolifération intense donnant naissance à une quantité de *jeunes cellules* donnant naissance à leur tour à une granulation fortement vascularisée. Pour ma part, je me rallie absolument à cette théorie d'un amas de cellules rondes, car les cellules géantes sont relativement rares et on ne les rencontre guère que dans les lacunes de Howship.

Ainsi que l'on peut s'en rendre compte par ce qui vient d'être dit, la théorie organique, considérée dans son acception propre en temps qu'organe absorbant auquel serait dévolu le rôle de résorption, commence déjà à se transformer. Ce n'est plus l'organe lui-même qui agit, c'est une partie avoisinante qui vient à proliférer et, cette première prolifération s'effectue dans le ligament alvéolo-dentaire de la dent temporaire. Au fur et à mesure que nous allons nous rapprocher de l'époque actuelle, nous allons du reste voir cette théorie subir des modifications considérables pour en arriver à un moment donné, comme je le ferai, à la négation absolue du fongus ou du corps absorbant.

Pour H. Chase, dans son article du *Dental Cosmos*, 1867, page 357, *A Case in dental physiology*, l'absorption des racines des dents temporaires ne s'effectue qu'en raison directe de l'avancement des dents permanentes dans le processus de résorption, indépendant de leurs relations topographiques. C'est une définition un peu vague, mais dans laquelle on reconnaît cependant très nettement que l'auteur est partisan de la théorie mécanique.

Trois ans plus tard, en 1870, Wedl qui, lui, avait, le premier reconnu à Bourdet et à Laforgue la paternité de la théorie organique fut aussi le premier à constater que très fréquemment les cellules géantes décrites par J. Tomes étaient absentes. Il transforma lui aussi toutes les théories précédentes en faisant intervenir les cellules à myéloplaxes, que l'on rencontre dans la moelle embryonnaire, dans les travées osseuses de l'alvéole. C'est déjà un grand pas et nous allons voir se succéder très rapidement de nouvelles modifications.

Waldeyer, en 1871, n'est pas absolument du même avis que Wedl. Pour lui, en effet, le premier travail de résorption partirait, non pas du tissu osseux, mais bien du sac folliculaire de la dent permanente, qui commencerait sa prolifération en donnant naissance à l'organe absorbant aussitôt que la portion osseuse supérieure de l'alvéole a été détruite par la poussée de la dent permanente.

Kölliker, en 1873, se rallie à cette théorie et semble croire que l'organe absorbant dérive exclusivement du sac folliculaire aussitôt que celui-ci est rompu.

Il nous faut parvenir à 1881 pour constater une tentative de mise au point toute nouvelle de la question, présentée par Redier, de Lille, dans sa *Thèse sur la résorption physiologique des dents de lait.*

Malgré le manque d'observations, cette théorie à laquelle je me rallie absolument est, j'en suis convaincu, celle qui donnera la solution du problème que l'on a cherchée pendant un siècle et demi.

Examinant toutes les théories émises précédemment, pesant le pour et le contre, se basant sur le processus pathologique qui se produit consécutivement à toute irritation osseuse, Redier établit sa théorie du processus alternatif d'ostéite raréfiante et condensante. Ainsi que je l'ai dit antérieurement, c'est cette théorie, synthèse de toutes les modifications des opinions antérieures, qui est considérée aujourd'hui comme la plus rationnelle et donnant le maximum de garantie scientifique.

Dans le mot Dent du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales,* Magitot (1882) se déclare partisan convaincu de la théorie mécanique lorsqu'il dit : « La chute des dents temporaires à l'époque de leur remplacement par les dents permanentes est le résultat de la résorption moléculaire de leurs racines, laquelle est le fait de la compression qu'elles subissent de la part de la couronne permanente. »

En 1884, Albarran, ayant étudié l'hypothèse de Redier, se rallia entièrement à celle-ci, mais n'apporta pas de preuves.

Ce n'est qu'en 1887 que Malassez et Galippe, procédant avec leur méthode scientifique habituelle, sont parvenus à combler le vide de Redier et à établir d'une façon indiscutable le véritable sens, le véritable processus de la résorption des racines des dents de lait, insistant tout particulièrement sur certains points qui n'avaient été signalés par aucun de leurs devanciers. Ces deux auteurs ont voulu voir quel était le processus qui s'établissait chez certains diphyodontes et, à cet effet, ils ne sont pas restés cantonnés dans des recherches d'anatomie dentaire humaine. Ils ont pénétré dans le domaine de l'anatomie dentaire comparée et sont parvenus au résultat bien connu en France, mais malheureusement systématiquement ignoré à l'étranger.

Se basant sur l'examen d'une seconde molaire temporaire supérieure restée incluse dans le maxillaire et ayant occasionné des accidents assez sérieux, Galippe et Malassez établirent toute une série de recherches de façon à contrôler ce qu'ils avaient entrevu. Ils employèrent comme matériaux de travail des maxillaires de jeunes chats présentant des dents temporaires en voie de résorption et les conclusions qu'ils tirent de leurs observations, de même que les définitions qu'ils donnent sont des plus instructives.

Voyons en effet ce que dit Galippe à ce sujet :

« Si l'on examine une coupe longitudinale, on voit que le travail de résorption a commencé au-dessous du collet et à la partie supérieure de la racine. Cette résorption est surtout avancée du côté de la dent permanente. *Dans le canal dentaire,* ainsi que sur la face *opposée* à la dent permanente, la résorption est moins avancée que sur la face de la racine en rapport direct avec la dent permanente. Si nous commençons l'examen par les pièces les moins avancées, nous verrons qu'elles se présentent sous la forme d'encoches plus ou moins larges et plus ou moins profondes. Sur les coupes, ces encoches présentent des formes rappelant des segments de sphère, dont la convexité regarde le ligament.

» Parmi ces encoches, les moins profondes n'ont atteint que le cément ; celles qui sont plus avancées ont déjà envahi la dentine. Entre les encoches, le tissu ligamenteux a son aspect normal. Parfois cependant, on trouve entre les faisceaux fibreux une plus grande quantité d'éléments cellulaires. Au niveau des encoches et dans leurs cavités, les faisceaux fibreux ont disparu, les éléments cellulaires sont très abondants et même dans les encoches les plus profondes on peut distinguer des capillaires sanguins. Les cellules sont, pour la plupart, semblables à celles qui composent les bourgeons charnus et résultent vraisemblablement de la prolifération des éléments cellulaires préexistants ou de la pénétration de globules blancs. On distingue au milieu d'elles des cellules géantes qui sont en général multinucléées et appliquées sur la surface de l'encoche et occupant le fond des anfractuosités qu'elles forment. Au centre de ces anfractuosités, on trouve aussi des cellules géantes affectant une forme allongée. Les capillaires arrivent parfois jusqu'au fond des encoches.

» Si l'on examine maintenant la face de la racine en rapport avec la dent permanente, on constate les mêmes lésions, mais à un degré plus avancé. Il ne reste plus trace du ligament ; à sa place, on trouve un tissu semblable à celui que nous avons décrit dans les encoches.

» La surface de la racine ne présente plus que des encoches contiguës entre lesquelles la dentine dessine des saillies plus ou moins prononcées. Il résulte de ce processus destructeur que la dent se trouve à ce niveau profondément cutanée, jusqu'au voisinage de la cavité pulpaire.

» Si maintenant nous envisageons ce qui se passe dans le canal pulpaire, on voit dans les points où la résorption est le moins avancée, des encoches isolées. A leur niveau, la couche odontoblastique a disparu et est remplacée par des cellules semblables à celles qui remplissent les encoches ci-dessus décrites.

» Dans les points les plus avancés, les encoches se touchent et il n'existe plus trace de la couche odontoblastique. A la place de celle-ci, on trouve une mince couche de tissu de nouvelle formation, particulièrement riche en vaisseaux sanguins. *En résumé, nous voyons le cément et la dentine se résorber de la même façon, aussi bien sur les faces extérieures de la racine qu'à l'intérieur de la cavité pulpaire.* Le tissu ligamenteux d'une part, le tissu pulpaire de l'autre, ont donné naissance à un tissu de nouvelle formation analogue à celui des bourgeons charnus et aussi à celui que l'on trouve dans l'ostéite raréfiante. Dans un cas comme dans l'autre, on peut attribuer la résorption à l'action de ce tissu sur le cément et sur la dentine.

» Les agents principaux de cette résorption sont vraisemblablement les cellules géantes occupant le fond des anfractuosités, comme nous l'avons dit plus haut. Elles correspondent aux cellules ostéophages de l'ostéite raréfiante. Chez le même chat qui a servi de sujet à ces observations la canine de lait du côté opposé présentait un état de résorption beaucoup plus avancé. Du côté de la dent permanente, sur la face extérieure, aussi bien que dans le canal radiculaire on constate une communication entre la cavité pulpaire très élargie et ouverte avec le tissu de résorption qui détruisait la face externe de la dent.

» On constate également sur ces mêmes préparations, dans le tissu qui entoure la dent permanente (celle-ci étant obligée de s'ouvrir un chemin à travers une paroi osseuse) qu'il se fait un travail de résorption présentant le même aspect que celui décrit plus haut (encoches, cellules géantes).

» On remarque, en outre, cette particularité intéressante en considérant les cavités alvéolaires de la dent de lait et de la dent permanente.

» Tandis que les cellules ostéophages ne s'adressent qu'aux tissus de la dent (cément, dentine) dans le premier cas, le tissu osseux ambiant de la cavité alvéolaire reste intact, sa destruction ne présentant aucune utilité ; au contraire, au contact direct de la dent permanente, celle-ci devant se frayer un chemin à travers le tissu osseux, ces mêmes cellules ostéophages s'adressent uniquement au tissu osseux de la cavité alvéolaire de la dent permanente. Il se fait donc une véritable sélection du point de destruction, les agents restant les mêmes.

» L'observation de ces faits démontre d'une façon péremptoire que la pression ne joue qu'un rôle tout à fait secondaire dans la résorption des racines des dents de lait, puisque, la cloison osseuse séparant l'alvéole de la dent de lait de celui de la dent permanente restant intacte, on peut constater que la racine de la dent de lait est déjà en voie de résorption.

» Dans les préparations où l'on voit les cavités alvéolaires de la dent de lait et de la dent permanente communiquer ensemble et n'être plus séparées que par une sorte de promontoire constitué par du tissu osseux, la face regardant la dent de lait reste intacte, tandis que celle en contact avec la dent permanente est profondément érodée.

» Le travail destructif de la cavité alvéolaire marche donc de la dent permanente vers la dent de lait. Il y a ainsi analogie complète entre le travail de résorption du cément et de la dentine d'une part et le travail du tissu osseux, soit à l'état normal, comme l'agrandissement de la cavité alvéolaire, soit à l'état pathologique comme dans l'ostéite raréfiante, de l'autre.

» On conçoit que, ce travail de résorption suivant sa marche envahissante, la racine de la dent de lait finisse par disparaître complètement. La couronne même n'échappe pas à cette destruction. La cavité pulpaire proprement dite s'élargit par la destruction de la dentine constituant ses parois. La couronne ne tient plus au maxillaire que par du tissu de résorption formant une couche continue au-dessous d'elle et pénétrant dans la cavité pulpaire.

» Lorsque la dent tombe spontanément ou est arrachée, c'est ce tissu qui apparaît, formant une couche lisse et continue. *Les auteurs l'avaient considéré à tort comme un organe particulier destiné à résorber la racine des dents temporaires.* »

J'ai tenu à reproduire *in extenso* les conclusions de Galippe et Malassez, car je considère ce travail comme ouvrant une ère nouvelle aux recherches, tant par son originalité que par les conclusions qui en sont tirées, car celles-ci ont été le point de départ de toute une floraison de travaux qui n'ont fait que confirmer la théorie que je viens d'indiquer, et que je répète pour bien préciser et mettre comme on dit les choses au point :

1° Inexistence du fongus ;

2° Processus d'ostéite raréfiante ;

3° Processus destructif dû aux cellules géantes se rencontrant aussi bien à la périphérie de la dent que dans l'intérieur même de celle-ci, c'est-à-dire dans la pulpe proprement dite.

(A suivre.)

CONSIDÉRATIONS SUR L'EMPLOI DE LA NOVOCAINE-ADRÉNALINE

Par R. Lemière,

(Communication au Congrès de l'A. F. A. S. Lille, 1909.)

Depuis les intéressantes communications de Pitot et Quintin sur l'anesthésie dentinaire par la novocaïne-suprarénine, il a été publié dans la littérature dentaire, de nombreux articles sur cette question, et les conclusions que l'on peut en tirer, c'est que les injections de novocaïne associée à l'adrénaline, rencontrent de nombreux partisans ; cela est dû à ce que la novocaïne semble un anesthésique supérieur à la cocaïne, de plus longue durée et moins toxique, ce qui constitue un énorme avantage. Depuis cinq ans, le professeur Reclus, dont l'autorité en matière d'anesthésie locale s'impose d'une façon si absolue, a complètement proscrit la cocaïne de ses salles d'opération. Après avoir essayé pendant un an divers anesthésiques nouveaux, la stovaïne, la tropacocaïne, l'alypine, il se sert d'une façon exclusive depuis le mois d'octobre 1908 du mélange novocaïne-adrénaline.

Mais si l'on est fixé dès maintenant sur l'anesthésique à employer en art dentaire, il n'en est pas de même de la technique de l'injection. Les injections intra-muqueuses permettaient d'obtenir une anesthésie suffisante pour l'avulsion, mais insuffisante la plupart du temps pour atteindre le nerf dentaire. Une technique nouvelle s'imposait. Quintin recommanda de faire l'injection le plus près possible de l'apex, mais sans préciser exactement le lieu de cette injection. J'ai recherché quel pouvait être ce lieu d'élection et, après divers essais, j'ai adopté le procédé suivant que je viens vous proposer.

Il se résume en un mot : je fais une injection sous-périostée. Ce procédé n'est pas nouveau. Il a été employé en art dentaire au début de l'anesthésie locale avec la cocaïne seule et, dans ces conditions, il ne donna pas de résultats ; on lui préféra l'injection intradermique. On attribua ces échecs à la diffusion rapide produite par l'extrême vascularisation du périoste, à l'épaisseur et à la dureté de la taille du maxillaire. Mais ce qui était vrai avec la cocaïne seule ne l'est plus aujourd'hui après addition à l'anesthésique employé de ce constricteur si puissant des vaisseaux, l'adrénaline.

Je vais vous exposer la technique de cette injection souspériostée et les raisons qui m'ont poussé à l'adopter.

J'ajouterai ensuite quelques notes sur la toxicité du mélange novocaïne-adrénaline comparée à celle des autres anesthésiques. Ces notes sont le résultat de recherches inédites faites dans le service de M. le professeur Reclus et que je dois à leurs auteurs, M. le D^r^ Piquand, chef de clinique du service, et M. le D^r^ Dreyfus, chef de laboratoire.

Voici donc la technique que j'ai adoptée :

Employant la seringue de Thésée et de fines aiguilles d'acier, j'attaque la muqueuse environ au niveau de la région médiane de la racine à anesthésier et j'en donnerai plus loin la raison.

L'aiguille doit former avec la table du maxillaire un angle extrêmement aigu et doit être dirigée vers l'apex. L'aiguille étant introduite de quelques millimètres, je pousse quelques gouttes de liquide, afin de rendre l'injection moins douloureuse. Quelques secondes après, je continue à me rapprocher de l'apex en tâchant de perforer et de décoller le périoste et je considère cette partie de l'opération comme essentielle. Lorsqu'on y est parvenu, l'aiguille enfonce plus facilement en même temps que l'on sent parfaitement le contact osseux. A ce moment, injecter un quart, un demi ou un centimètre cube suivant l'importance de la racine à anesthésier et la concentration de l'anesthésique employé. L'injection pénètrera facilement sans qu'il soit nécessaire de déployer beaucoup de force, comme dans le cas où l'injection est faite dans le derme de la muqueuse.

J'ai adopté ce procédé et, voyant les bons résultats qu'il me donnait, j'ai essayé d'en étudier le mécanisme. Des recherches anatomiques que je viens de faire sur des sujets en parfait état de conservation (24 heures après décès), il résulte que j'ai toujours trouvé le périoste des deux maxillaires facilement décollable sur toute son étendue et cela quels que soient l'âge et le sexe des sujets. La pointe d'une aiguille enfoncée d'après le procédé indiqué plus haut a toujours été après dissection retrouvée en contact avec le tissu osseux. J'ai constaté, comme mon maître le D^r^ Campenon me l'avait indiqué, que le périoste était moins adhérent dans la région alvéolaire juxta-coronaire et c'est pour cette raison que je recommande de pratiquer l'introduction de l'aiguille à ce niveau, c'est-à-dire du tiers moyen de la dent.

Ces constatations étaient en effet conformes aux données classiques auxquelles j'emprunte seulement ces quelques citations (Précis d'histologie humaine du D^r^ Tourneux) :

« La muqueuse dermo-papillaire des gencives doit sa consistance à une grande abondance de fibres conjonctives dont la disposition rappelle le tissu fibreux : elle adhère intimement au périostite sous-jacent… » et plus loin.

« La muqueuse de la voûte du palais adhère intimement au périoste sous-jacent, etc. »

Plus loin encore : « le périoste est essentiellement composé de fibres conjonctives en nappes enchevêtrées avec un grand nombre de fibres élastiques et de vaisseaux… » page 892.

J'ai donc pensé qu'il était préférable de franchir directement avec la pointe de l'aiguille cette couche fibreuse du périoste — couche si résistante qu'elle devient parfois un obstacle aux collections purulentes et peut déterminer les décollements que nous constatons dans les ostéites maxillaires, dans les kystes périostiques — et qu'il valait mieux au contraire pousser le liquide anesthésiant dans la couche profonde du périoste, dans cette couche profonde — et ici je cite le prof. Paul Reclus dans son volume des *Quatre Agrégés*, page 561 — « dans cette couche profonde, dit-il, contenant une substance molle formée d'éléments embryonnaires qui s'insinuent dans les vaisseaux, dans les canalicules de Havers et qui avec ceux-ci pénètrent dans le canal central.

« Cette substance molle du périoste et des canalicules de Havers, dit-il encore, est semblable à celle qui remplit le canal médullaire. Aussi Cornil et Ranvier ont-ils pu dire que l'os est baigné dans la moelle continue à elle-même et communiquant du périoste au canal central par les canalicules de Havers ».

Or, que cherchons-nous à réaliser, si ce n'est la pénétration rapide de l'anesthésique dans un tissu médullaire où baignent également les nerfs dentaires que nous cherchons à atteindre ? Les canalicules de Havers semblent des voies naturelles suffisamment perméables pour qu'il semble inutile, comme le fit Nogué, de perforer la table externe des maxillaires.

Malgré tout l'intérêt que peuvent présenter les recherches anatomiques et histologiques, elles ne peuvent jamais permettre de conclure absolument à la similitude des dispositions histologiques sur le cadavre et sur le vivant. Aussi ai-je voulu, dans la limite du possible, me rendre compte de ce que trouvaient les chirurgiens, lorsqu'ils intervenaient largement sur cette région.

J'ai appris de mon ancien maître le D^r^ Campenon, chirurgien honoraire des hôpitaux, que le périoste des maxillaires était sur le vivant aisément décollable, surtout dans la région alvéolaire. Farabeuf fait du décollement du périoste un temps important de la résection partielle des maxillaires. Enfin, j'ai appris, dans le service du prof. Reclus, que pour toutes les interventions sur le squelette sans anesthésie locale, l'injection sous-périostée était un fait acquis, qu'à défaut de cette pratique la résection osseuse était extrêmement douloureuse.

Cette constatation fut une raison de plus pour me convaincre que nous devions appliquer à notre chirurgie spéciale ce procédé déjà utilisé en chirurgie générale et en retirer les mêmes résultats.

Ces considérations ne rencontreront sans doute pas parmi vous d'objections tant que nous resterons dans le domaine de la théorie, mais, en pratique direz-vous, est-il toujours facile de pénétrer sous le périoste et cette infection sous-périostée est-elle efficace ? Je répondrai affirmativement en ce qui concerne le maxillaire supérieur. Je ferai quelques réserves pour le maxillaire inférieur, dont la gaine périostique semble plus adhérente et les tables osseuses semblent plus denses. Néanmoins, j'estime que cette pénétration de l'aiguille est toujours possible, surtout si l'on a pris la précaution de faire en deux temps l'injection. L'anesthésie obtenue par la première injection est suffisante pour permettre une recherche posée et minutieuse de la gaine périostique. En ce qui concerne les résultats, je considère que cette méthode est celle qui m'a donné le plus de satisfaction. Sur les trois cents cas sur lesquels porte mon expérience personnelle, j'ai employé cette méthode dans les deux tiers des cas et avec succès.

En résumé : 1° je recommande l'injection sous-périostée au tiers moyen de la dent, suivant le nombre et le siège des racines, une injection vestibulaire ou deux injections, une vestibulaire, l'autre linguale ;

2° Je n'ai pas un procédé différent pour l'anesthésie intra-dentaire et l'anesthésie extra-dentaire, j'estime que cette même méthode convient aux avulsions aussi bien qu'à la résection dentinaire ou à la pulpectomie.

De nombreuses expériences sur la toxicité de la novocaïne-adrénaline ont déjà été faites et leurs résultats sont souvent loin de concorder.

Pour que ces expériences aient une valeur scientifique, il faut qu'elles soient faites exactement dans les mêmes conditions suivant la même technique pour tous les anesthésiques comparés. Les chiffres que nous présentons sont des moyennes établies sur des centaines d'expériences faites avec une scrupuleuse exactitude par MM. Piquand et Dreyfus.

Toutes ces expériences ont été faites en injectant des solutions à 1 o/o et avec une même vitesse d'injection de 10 cc. par minute.

Dans toutes ces expériences, la vitesse d'injection est un facteur à considérer, l'élimination de ces alcaloïdes étant très rapide.

L'expérience suivante est à ce sujet fort démonstrative.

La dose toxique d'un anesthésique est, par exemple, 10 centigrammes par kilogramme. Vous injectez 9 centigrammes à un animal et, cinq minutes après, 2, 3, 4 centigrammes sans que l'animal succombe, alors que 11, 12, 13 centigrammes injectés en une seule fois sont des doses absolument toxiques.

Si j'insiste sur cette expérience, c'est qu'elle a, au point de vue clinique, une certaine signification. Dans les cas où l'on a intérêt à n'injecter que le minimum d'anesthésique, les doses fractionnées données à intervalles sont donc indiquées.

Toxicité intra-veineuse des anesthésiques locaux.

(Moyennes résultant des expériences de MM. Piquand et Dreyfus).

Cocaïne..................	Environ	0 g. 0183	par kg d'animal.
Cocaïne..................	—	0 g. 018	—
Tropococaïne.............	—	0 g. 03	—
Stovaïne..................	—	0 g. 03	—
Alypine..................	—	0 g. 019	—
Novocaïne...............	—	0 g. 063	—
Novocaïne-adrénaline......	—	0 g. 045	—

Toxicité intra-péritonéale chez le cobaye.

(Injection en solution à 1 p. 100.)

Cocaïne............	8 centig.	par kg d'animal.
Stovaïne...........	19 centig.	—
Novocaïne..........	50 centig.	—
Novocaïne-adrénaline.	50 centig. et 25 gouttes d'adrénaline par kg.	

Toxicité sous-cutanée chez le lapin.

Novocaïne..........	Environ 40 centig. par kg.
Novocaïne-adrénaline	40 centig. novocaïne + 20 gouttes adrénaline.

Toutes les expériences ont été faites en injectant dans les veines de l'oreille du lapin des solutions à 1 p. 200 de l'anesthésique avec une vitesse telle qu'il passait 10 centimètres cubes de solution par minute. Il faut entendre par dose toxique la dose minimum suffisante pour entraîner la mort immédiate de l'animal.

Le mélange novocaïne-adrénaline comprenait une goutte de solution d'adrénaline à 1 p. 1000 pour 2 centimètres cubes de solution.

D'après cela, en injections intra-veineuses, la cocaïne, l'eucaïne et l'alypine semblent avoir à peu près la même toxicité, la tropococaïne et la stovaïne sont environ *deux fois* moins toxiques que la cocaïne, la novocaïne est environ *quatre fois* moins toxique que la cocaïne, le mélange novocaïne-adrénaline est environ *trois fois* moins toxique que la cocaïne.

D'après cela, en injections intra-péritonéales, la novocaïne serait environ six fois moins toxique que la cocaïne ; en injections intra-péritonéales et en injections sous-cutanées, le mélange novocaïne-adrénaline ne paraît pas plus toxique que la novocaïne seule.

Il m'a paru intéressant de savoir quelles étaient les doses maxima qui avaient été employées sur l'homme dans le service du professeur Reclus. Ces doses ont été :

74 centimètres cubes d'une solution de novocaïne à 1 p. 200, soit 47 centigrammes en une demi-heure environ.

76 centimètres cubes de la solution novocaïne-adrénaline, soit 38 centigrammes de novocaïne et 38 gouttes d'adrénaline à 1 p. 1000.

Aucun trouble n'a été constaté. Ces chiffres sont assez démonstratifs ; ils indiquent nettement la parfaite innocuité de cet anesthésique.

CONGRÈS DE LILLE

2-8 *août* 1909.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Section d'Odontologie.

COMPTE RENDU

Par J. Pailliottin,
Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

(Suite [1].)

M. R. Lemière. — Application de l'air comprimé dans le cabinet dentaire.

L'auteur énumère les avantages des appareils électriques à air chaud pouvant fournir de l'air, soit à une température élevée et à pression basse, soit à une pression plus forte et à température moins élevée. Il considère que pour être pratiques, ces appareils doivent être installés à portée de la main, ne pas exiger de réglage au moment de l'emploi, sans cela la poire à air chaud est préférable. Il énumère ensuite les avantages de l'air employé de cette façon, soit dans le flambage des cavités du deuxième degré, la stérilisation des canaux, l'aération et même le nettoyage et l'enlèvement des poussières du cabinet dentaire.

Discussion.

M. Fourquet pense que le jet d'air comprimé dans le canal radiculaire peut faire pénétrer l'infection au delà de l'apex.

M. Grimaud pense de même et croit que la méthode aspiratrice serait peut-être meilleure ; avec le jet d'air chaud on ne sait pas ce que l'on fait.

M. Gillet emploie le jet d'air chaud depuis longtemps déjà ainsi que son maître M. Redier. Il dit que cet emploi est une question de mesure ; il n'a jamais constaté d'arthrite et il pense que l'on court davantage de risques avec l'emploi des sondes.

M. R. Lemière dit que l'air chaud pourrait peut-être amener le refoulement que craint M. Fourquet si on dirigeait le jet dans l'axe de la racine, mais il n'opère pas ainsi et le projette sur une paroi du canal ; il se produit alors une sorte de jet brisé qui suit le long de la paroi, va jusqu'à l'apex et ressort en longeant la paroi opposée ; on remarque souvent l'évacuation de matières septiques ; c'est une sorte d'application du principe de l'injecteur Giffard, c'est plutôt une sorte d'aspiration.

---

[1] V. *Odontologie*, 15 août 1909, p. 118.

M. Godon dit que cette évacuation de matières septiques se constate facilement avec la glace qui est souillée par ces débris.

M. Grimaud dit que cela lui semble difficile à réaliser pratiquement.

M. Audy dit que l'injecteur Giffard n'explique pas ce phénomène ; c'est une sorte de trompe à eau.

M. Fourquet admet que dans les cas normaux ce procédé peut donner de bons résultats, mais il ne croit pas que le canal soit aussi parfaitement nettoyé qu'on veut bien le dire ; il dit que cela serait peut-être possible si l'apex était fermé, ce qui n'existe pas en général.

M. Godon dit que par ce procédé, il a fait sortir des canaux non seulement des débris septiques, mais encore des mèches de coton, des cônes de gutta, ce qui indique la puissance de ce moyen de nettoyage.

M. Grimaud dit que malgré tout, il reste sceptique et pense que le succès est dû surtout aux soins ultérieurs.

M. Francis Jean pense que l'emploi de l'air comprimé chaud ou froid doit suivre le nettoyage mécanique.

M. E. FOURQUET. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ANOMALIES DENTAIRES DE NOMBRE. — LA THÉORIE DE WARYNSKI ET L'ÉVOLUTION DES INCISIVES LATÉRALES SUPÉRIEURES.

Dans l'état actuel de nos connaissances en tératologie dentaire, nous pouvons admettre trois hypothèses concernant la genèse des dents supplémentaires :

1° *Par dédoublement du germe de la dent temporaire ou permanente;*

2° *Par formation d'un germe secondaire, résultant d'un bourgeonnement du* gubernaculum dentis *du germe de la dent temporaire ou permanente ;*

3° *Par prolifération directe de la lame épithéliale.*

Toute dent supplémentaire — à quelque groupe qu'elle appartienne — paraîtrait donc devoir tirer son origine d'une des trois hypothèses précédentes.

Une seule exception — pourtant jamais mentionnée par aucun auteur — doit être faite en ce qui concerne l'incisive latérale supérieure. Cette exception est en rapport avec le développement de l'os intermaxillaire ou incisif.

Warynski — contrairement aux théories de Coste et d'Albrecht — admet que la suture incisive latérale ou incisivo-maxillaire (suture méso-exognathique d'Albrecht) passe par le milieu de l'alvéole de l'incisive latérale supérieure, divisant, par conséquent, le follicule de cette dent en deux moitiés inégales : une antérieure et une postérieure — celle-ci plus petite. Pour Warynski, le demi-germe antérieur — situé en dehors de la suture incisive — ferait donc partie de l'os maxillaire supérieur. La théorie de Warynski, en effet, trouve sa preuve clinique dans certains cas de becs-de-lièvre unilatéraux compliqués, où il est facile de constater deux incisives latérales supérieures, se rapprochant de la forme en « grains de riz » et placées l'une sur le versant maxillaire supérieur, l'autre sur le versant incisif de la solution de continuité du bord alvéolaire.

M. E. Fourquet est d'avis que la théorie de Warynski n'a pas besoin de la présence d'un bec-de-lièvre unilatéral compliqué pour recevoir une confirmation clinique. Pour lui, un trouble quelconque survenant au cours du processus de la soudure de l'os incisif à l'os maxillaire supérieur serait capable de provoquer une individualisation dans le développement de chaque moitié du follicule de l'incisive latérale supérieure — lesquelles se développeraient séparément, l'une à côté de l'autre.

Pour M. E. Fourquet, cette individualisation — créant ainsi une incisive supplémentaire — résulterait soit *d'une soudure tardive de l'os incisif avec l'os maxillaire supérieur*, postérieure, par conséquent, à la formation du follicule de l'incisive latérale supérieure, soit alors *d'une soudure incomplète des os précités.*

M. E. Fourquet présente, à l'appui de son hypothèse, trois observations typiques, accompagnées de photographies de moulages, et tendant à confirmer *cliniquement* la théorie de Warynski.

M. Cavalié confirme que la théorie d'Albrecht est fausse et que le bourgeon nasal externe ne participe pas à la formation du maxillaire supérieur. Biondi a dit qu'il fallait dans le développement des maxillaires tenir compte de deux périodes : celle des parties molles et celle des parties dures. Dans la première, au sein des bourgeons, formés de tissu conjonctif, apparaissent de petits noyaux qui sont les germes dentaires apparaissant avant l'ossification : ce qui existe d'abord, ce sont donc des germes dentaires mous dans la substance molle du bourgeon nasal interne. Comment ces germes mous peuvent-ils être sectionnés avant qu'il n'y ait solution de continuité ? Ce sont des brides amniotiques qui vont se fixer dans la cavité buccale primitive, et entraveront la formation du bourgeon nasal interne ; elles produiront une fente autour de laquelle la lame dentaire se dédoublera et formera deux germes qui donneront naissance à deux dents différentes.

M. E. Fourquet répond à *M. Cavalié,* qu'en ce qui concerne les observations qui font l'objet de sa communication, cette prédilection marquée de la bride amniotique pour le bourgeon de l'incisive latérale supérieure ne s'explique pas. Car même, en admettant l'hypothèse affirmative, comment se ferait-il que ces incisives latérales supérieures surnuméraires soient aussi bien formées, sans déviation du type normal, enfin sans tendance à se rapprocher du type molaire, comme on l'observe généralement sur les autres dents supplémentaires — les incisives centrales supérieures par exemple ?

M. Cavalié dit que vers le 30ᵉ jour s'observe la coalescence des bourgeons. Au 36ᵉ jour commence la formation du mur plongeant qui précède la formation de la lame dentaire; puis se développent les bourgeons dentaires temporaires et permanents. A ce moment, les brides amniotiques, qui se fixent de préférence en cette partie parce qu'elle est plus exposée, peuvent produire, selon la place où elles se fixent, le bec-de-lièvre médian, ou le bec-de-lièvre uni ou bilatéral. Il est probable qu'entre le bourgeon de l'incisive latérale de 1ʳᵉ dentition et celui de la 2ᵉ dentition, il reste une partie plus molle, sur laquelle se fixera la bride amniotique, ce qui ultérieurement, amènera le sectionnement du germe de seconde dentition. Toutefois, *M. Cavalié* déclare être partisan de la théorie de Warynsky : la bride amniotique constituant pour lui une cause devant être ajoutée au nombre de celles citées par *M. Fourquet.*

MM. C. André et A. Audy. — L'aldéhyde formique, associée au tricrésol en thérapeutique dentaire.

Les auteurs ayant préparé une solution à 40 o/o d'aldéhyde formique dans l'alcool et l'essence de géranium ont créé pour cette solution et celles analogues la classe des *formyls composés* dont la composition centésimale est indiquée dans la formule.

Aldéhyde formique gazeuse........	40 gr.
Alcool à 90°......................	40 —
Essence de géranium redistillée.....	20 —

Ayant modifié leur solution par l'addition de tricrésol, sans changer la teneur en aldéhyde formique, ils ont obtenu la formule suivante :

Aldéhyde formique gazeuse........	40 gr.
Essence de géranium redistillée.....	20 —
Tricrésol........................	20 —
Alcool à 90°......................	20 —

Appliquant cette solution sous pansement occlusif à la gutta, ils ont constaté la stérilisation rapide des canaux radiculaires infectés et concluent des observations rapportées que l'emploi du formyl-géranium tricrésylé procure dans le traitement du quatrième degré : une économie de temps considérable, une grande simplification dans les manœuvres et une sécurité complète vis-à-vis des manifestations périodontiques.

M. Grimaud dit que c'est une variante du procédé de Buckley, inventé pour agir dans les cas où le nettoyage mécanique est difficile, quand on ne veut pas trop affaiblir la dent.

M. Fourquet dit que chacun a son traitement particulier pour le quatrième degré. Il est très heureux de voir vanter les bons effets du formol, qu'il emploie depuis longtemps en mélange avec de la créosote, qu'il met sous gutta dans la cavité. Il nie l'action irritative du formol, qui dit-il ne cause des arthrites que lorsqu'il reste encore des filaments nerveux vivants.

M. Audy insiste sur ce fait que sa solution ne renferme pas d'eau; il dissout le formol dans l'alcool, puis ajoute l'essence de géranium et le tricrésol. Ce produit s'emploie selon la méthode de Buckley ; il lui trouve comme avantage de pouvoir, à l'odeur, reconnaître si la désinfection est complète, l'odeur du géranium devant seule persister.

M. Pailliottin rappelle qu'on peut se rendre compte de la désinfection en trempant la mèche dans l'eau oxygénée selon le procédé indiqué par M. Harwood.

M. O. SOLBRIG. — LES MÉTAUX COULÉS EN ART DENTAIRE.

Voici le sommaire de ce rapport très complet et très intéressant :

Les travaux coulés. — Historique.

Le procédé de la cire perdue dans les beaux-arts. — Egypte et Grèce. — Renaissance, XVI^e^, XVII^e^, XVIII^e^ siècles. — Description du coulage de la statue de Louis XIV en 1699.

Les premières pièces coulées en art dentaire. — Etain, métal fusible. — Métal chéoplastique, par A. Blandy, 1856. — Aluminium, par Bean.

Coulage de l'aluminium sous pression, par Carroll.

Première application du procédé de la cire perdue en art dentaire pour le coulage de l'aluminium, par Pillette.

Premières plaques en or coulé par le moulage de sable d'après Juterbock.

Première application du procédé de la cire perdue pour des pièces prothétiques en or, par Ollendorf.

Premier inlay coulé par la cire perdue, par Solbrig.

Première application de la cire perdue et du coulage sous pression pour métaux précieux, par Taggart.

Méthodes d'aujourd'hui : 1° Air comprimé ; 2° force centrifuge ; 3° vapeur ; 4° succion.

Applications.

Cette communication, que l'auteur n'a pu lire en entier par suite du manque de temps, a donné lieu à une discussion très intéressante.

M. Grimaud dit qu'un point n'a pas encore été décrit : c'est le coulage des pièces munies de crochets. Il procède en ce cas de la façon suivante : il met d'abord de la soudure sur ses crochets, puis il pratique ensuite comme d'habitude. Il pense que dans l'expérience qui vient d'être faite, les rondelles d'amiante étaient trop humides.

M. Van Aërde dit qu'il a constaté des échecs lorsqu'il coule de grandes plaques palatines, avec des papilles renforcées. Dans ces cas, il a observé que les papilles ne venaient pas bien ou alors il se produisait des manques dans la partie postérieure de la pièce.

M. Solbrig dit que dans un rapport il aurait été mal venu de s'étendre sur un procédé qui lui est personnel ; il saisit l'occasion de la discussion pour répondre aux deux points envisagés.

La question des crochets est très importante : il est évident qu'on ne peut par la coulée obtenir des crochets suffisamment flexibles et résistants. Cependant il dit que l'on peut couler des crochets plats, mais que pour les crochets demi-jonc il préfère le fil tiré. Pour la fixation des crochets à la plaque coulée, il a toujours constaté que plus l'or employé pour les crochets était à un titre faible, moins l'union était intime ; pour les petites plaques il pense que l'on peut couler les crochets, mais pour les grandes, il préfère les souder ensuite : cependant, il essaiera très volontiers le procédé indiqué par M. Grimaud. L'amiante ne doit pas, en effet, être trop molle : une trop grande quantité d'eau amenant un trop grand refroidissement du cylindre ; il ne faut pas non plus qu'elle soit trop dure car, en ce cas, la production de la vapeur serait insuffisante. Pour les pièces de M. Van Aërde, il pense que ces papilles rechargées ont donné naissance à une trop grande quantité de gaz qui n'ont pu s'échapper.

M. Grimaud pense que peut-être on a chauffé l'or trop longtemps et que le cylindre d'investissement avait déjà eu le temps de se refroidir ou de se remplir d'air.

M. Platschick dit qu'il attribue les échecs de M. Van Aërde à ce que les gaz n'avaient pu s'échapper ; ces gaz proviennent soit des matières employées qui en donnent une trop grande quantité, soit au chauffage trop lent. Il pense que le procédé indiqué par M. Grimaud peut donner naissance à un dégagement gazeux abondant si le borax employé par celui-ci venait en contact avec le plâtre.

M. H. Villain emploie du borax pour réunir les supports au bridge.

M. Audy demande si l'on a observé que l'or à 22 carats coule plus facilement que l'or à 18 et pense que peut-être les insuccès signalés proviennent de ce que l'on a employé de l'or à un titre trop faible ; en ce cas, ces insuccès pourraient être imputés à un phénomène analogue à celui de la liquation que l'on observe dans les alliages métalliques.

M. Platschick dit que la liquation se constate facilement dans les alliages d'or et de platine par exemple ; en ces cas, il est excessivement difficile d'obtenir un lingot homogène. Il a fait essayer et couler des plaques d'alliage ainsi obtenu, sans pouvoir observer alors de phénomènes de liquation.

M. H. Villain dit avoir remarqué que les inlays à 22 carats sortent plus fins qu'à 24 carats.

M. Solbrig dit qu'en effet avec l'or à 22, les bords sont nets, tandis qu'avec l'or à 24, ils sont émoussés. Il attribue cela au fait que pour les inlays on emploie des cylindres d'investissements petits qui ne gardent pas suffisamment leur chaleur, ce qui refroidit trop vite l'or à 24, dont le point de coulée est plus élevé que celui de l'or à 22. Il pense que si l'on employait des cylindres plus volumineux, on obtiendrait de très beaux inlays avec l'or à 24, et l'adaptation de ceux-ci serait bien meilleure, les bords se brunissant beaucoup plus facilement.

M. Pitot dit que si l'on prend bien toutes les précautions indiquées, on obtiendra des résultats parfaits. Il a employé de l'or platiné, la plaque est très bien venue, mais elle était excessivement cassante.

M. Platschick dit que cela tient sans doute à ce que l'or platiné employé n'avait pas été produit dans de bonnes conditions. Il est très difficile, il le redit, d'obtenir de l'or platiné homogène : il cite le cas de l'or de Williams qui est excellent pour faire des crochets, qui est très élastique ; si on le coule pour en faire un crochet, celui-ci sera excessivement cassant, on ne devra pour ainsi dire pas le toucher. La proportion de platine joue là un rôle considérable.

M. Quintin dit qu'il a employé le procédé de Grimaud, mais sans mettre de borax : il étend sa soudure sur le crochet, passe à l'acide nitrique, rince à l'eau et obtient de très bons résultats. Néanmoins, il ne pense pas que le borax, mélangé au revêtement, puisse donner des gaz, comme l'a dit M. Platschick.

M. KERN. — LES DÉCOLORANTS EN THÉRAPEUTIQUE DENTAIRE : L'IODE ET L'HYPOCHLORITE DE CHAUX.

L'action décolorante de l'iode s'explique par l'action de ce corps sur le composé hématine-chaux qui colore la dent et avec lequel il forme de l'iodure de calcium, libérant l'hématine et l'oxygène. Ce procédé a le désagrément de colorer au début la dent d'une façon très marquée. Pour éviter cet inconvénient il emploie le chlore dont les propriétés décolorantes sont connues depuis longtemps et qui agit sur la matière colorante en lui enlevant son hydrogène.

Il emploie pour cela l'hypochlorite de chaux qui est de plus désinfectant et antiputride. On fait plusieurs attouchements sur la dent à décolorer avec l'hypochlorite, puis on laisse dans la cavité pendant 24 heures un pansement avec cette substance, qui agit également au point de vue antiseptique. Il s'empare de l'hydrogène, libère de l'oxygène naissant qui est capable de décomposer à nouveau les substances colorantes par son union avec le carbone de ces substances.

Ce dernier procédé est très rapide, puisqu'en une séance on peut atteindre le résultat cherché ; cependant il ne faut pas faire trop d'applications de peur d'attaquer par trop la dent.

Un autre avantage réside dans la plus grande puissance de pénétration du chlore qui lui permet d'atteindre plus sûrement et plus facilement la matière sur laquelle il doit agir.

M. Pailliottin dit que cette question du blanchiment des dents est très importante et très complexe : les divers colorants variant presque à l'infini. Il pense que, dans certains cas, on peut définir, hypothétiquement, les réactions qui se produisent, mais celles-ci sont trop complexes pour qu'on puisse les énoncer à coup sûr. Il rappelle le travail important qu'a publié son confrère et collègue H. Masson, qui a résumé tout ce que l'on connaissait sur la question.

M. Fourquet dit qu'il emploie le perhydrol de Merck pour blanchir les dents, mais il rappelle aux confrères présents que, quand ils s'adressent à cet agent, ils doivent avoir grand soin d'obturer complètement le canal radiculaire, sous peine de s'exposer à des arthrites très violentes.

M. ELIE FOURQUET. — NOTE SUR LA NÉCROSE DE L'OS INCISIF.

(Cas de nécrose totale de l'os incisif droit et partielle de l'os incisif gauche, comme complication de la carie pénétrante des incisives latérales supérieures.) — Cette observation de nécrose moléculaire (sans formation de séquestre) des os incisifs, comme complication de la carie pénétrante des incisives latérales supérieures, est la première — croyons-nous — de ce genre qui soit publiée.

Depuis vingt ans, la malade faisait du pus par les alvéoles de ses incisives supérieures, dont il ne restait plus — au moment de l'extraction — que l'apex sous forme de disques nécrosés et nageant dans une grande cavité ostéo-muqueuse remplie de pus.

La sonde, introduite — avant le curettage des parois osseuses — dans les cavités alvéolaires, soulevait indifféremment les muqueuses vestibulaires de la partie antérieure du plancher nasal et de la voûte palatine.

Enfin, outre deux fusées purulentes en « doigt de gant » s'étendant en arrière, le long et de chaque côté du raphé osseux de la voûte palatine, le processus nécrotique avait provoqué la résorption de la région apicale de l'alvéole et de la racine de la canine droite, déterminant chez cette dernière une mortification pulpaire par voie apexienne.

Ce cas de nécrose des os incisifs est intéressant, non seulement par son côté étiologique, mais aussi au point de vue clinique.

En effet, au cours des ravages du processus infectieux :

1° La région n'a jamais été le siège d'une poussée aiguë quelconque et l'affection a, par conséquent, évolué d'une façon *torpide* et *froide* (pas d'antécédents héréditaires ni personnels) ;

2° Le pus, s'écoulant par les alvéoles, n'a donné lieu à aucune fistule, soit muqueuse, soit cutanée ;

3° L'affection a évolué d'une façon *indolore* et *sans formation de séquestre* (nécrose moléculaire).

Traitement : Curettage des parois latérales et postérieure osseuses à la fraise montée sur le tour dentaire et lotions buccales au permanganate de potasse à 0 gr. 50 0/00. Guérison rapide.

A l'appui de son observation, M. E. Fourquet présente deux radiographies, prises l'une avant et l'autre après la guérison.

M. M. Roy félicite M. Fourquet de sa très intéressante communication ; il est heureux de voir que c'est un chirurgien-dentiste qui signale le premier cette affection, qui est une complication grave de la carie dentaire.

M. BRUN. — UN CAS DE REDRESSEMENT.

L'auteur présente les modèles d'un cas de prognathisme du maxillaire supérieur, qu'il a traité sur un sujet âgé de 16 ans. Le cas était assez compliqué : il fallut tout d'abord faire de l'expansion des deux mâchoires ; puis il construisit une gouttière en caoutchouc, munie de deux tiges sortant par les commissures labiales et reliées à un casque. L'opération entière demanda 6 mois. Il pense donc qu'avec des moyens simples on peut arriver à de bons résultats, si le patient s'y prête.

M. Godon félicite M. Brun du procédé simple et rationnel qu'il a utilisé.

M. BRUN AU NOM DE M. ESCUDIER (DE NICE). — PRÉSENTATION D'UN NOUVEAU LIVRE DE COMPTABILITÉ DENTAIRE.

A ce journal, *M. Siffre* objecte quelques points de détail. Il pense qu'il serait utile que nous ayons tous un livre uniforme pour inscrire nos opérations, mais celui-ci ne le satisfait pas complètement.

ARTICULATEUR FIESCHI DE VIERZON, PRÉSENTÉ PAR M. BRUN.

Ce nouvel articulateur permet de rectifier les articulations après montage, sans avoir besoin de casser les plâtres ou modèles. La partie supérieure de cet appareil étant montée à rotule peut se déplacer dans tous les sens et être fixée dans la position donnée à l'aide d'une seule vis.

Les parties qui soutiennent les moulages de la bouche peuvent être détachées du corps de l'appareil.

M. Cavalié pense que, bien que l'auteur ne soit pas présent, on peut cependant discuter l'appareil qui vient d'être présenté. Il pense que le mouvement de charnière est faux, n'est pas anatomique, car le mouvement de la mâchoire est un glissement du condyle sur le plan incliné sous temporal, et non pas un mouvement pur d'abaissement dans un plan horizontal. Seul, l'articulateur de Grittmann se rapproche de ce mouvement et il pense que c'est le meilleur que nous possédions.

M. Brun reproche à cet articulateur de ne pas être muni d'une vis pour régler la hauteur de l'articulation. Il critique également les branches sur lesquelles sont adaptés les modèles et qui sont construites de telle façon qu'on ne peut retirer ceux-ci.

M. Godon se range à l'avis de M. Cavalié et dit que cet articulateur ne peut être employé à l'heure actuelle, où nous cherchons surtout, dans le montage des appareils, à nous rapprocher du fonctionnement physiologique de la mâchoire.

M. Siffre dit qu'il a cherché à faire un schéma de l'articulation temporo-maxillaire en moulant une cavité articulaire. Il a constaté, par ce procédé, que la courbe d'abaissement de la mâchoire ne débute pas instantanément ; il y a d'abord un abaissement vertical, laissant les deux mâchoires parallèles pendant un instant.

M. Cavalié dit qu'il est évident qu'au commencement de l'ouverture de la mâchoire il y a un instant de parallélisme : c'est du reste à ce moment que se passent les phénomènes de diduction.

M. BRUN. — PRÉSENTATION AU NOM DE MM. ROUSSEAUX PÈRE ET FILS, UN MOUFLE ET UN LEVIER-CLEF.

Ces deux appareils sont suffisamment connus dans les journaux professionnels pour que je m'abstienne de toute nouvelle description.

M. Delair n'a pu se rendre à Lille pour raisons de santé. Néanmoins nous avons pris connaissance des travaux qu'il devait présenter et dont voici le résumé.

M. DELAIR. — PROTHÈSE RESTAURATRICE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

La prothèse tardive du maxillaire inférieur, après destruction accidentelle peu ou très étendue du tissu osseux, est celle que le chirurgien-dentiste prothésiste peut exécuter avec le plus de succès. Mais c'est à la suite de coups de feu à la face que la prothèse peut donner les meilleurs résultats. En effet, le tissu musculaire du blessé se cicatrise assez rapidement, ce qui permet l'application hative d'un appareil. J'ai présenté au Congrès de Reims les moulages de la face et les copies d'appareils d'un blessé de chasse, ayant perdu nez, lèvres, menton et la presque totalité des deux mâchoires. Les différentes pièces composant ces appareils pouvaient facilement s'introduire. La guerre du Maroc m'a donné l'occasion de restaurer le corps du maxillaire entier, sauf les branches montantes et trois molaires, au cavalier Juidice du 5ᵉ chasseurs d'Afrique. Mais, dans ce cas, les blessures, produites par deux coups de feu à la face, ont provoqué une atrésie irréductible des commissures des lèvres, d'où impossibilité d'introduire le maxillaire en argent fondu exécuté par moi. Je conçus alors l'appareil avec lequel il va retourner prendre du service en Afrique, et qui est composé de deux pièces jumelées, articulées par le milieu, se repliant étroitement pour l'introduction dans la bouche, et s'écartant après avoir franchi les lèvres. Les pièces sont perforées d'un bout à l'autre, et un faisceau de tronçons de fines cordes de piano en acier est prisonnier dans l'intérieur de cet appareil creux. Il fait ressort et maintient rigidement la pièce en place.

Juidice, grâce à son appareil posé en janvier, peut manger toutes sortes d'aliments ; il a engraissé de trente livres.

M. DELAIR. — PROTHÈSE IMMÉDIATE POUR SYMPHYSE PALATO-PHARYNGIENNE.

M^lle S..., huit ans, m'est adressée en mars dernier par le D^r Kœnig, laryngologiste. L'enfant est mal développée, elle respire bruyamment et avec peine, le cou tendu en avant, la bouche ouverte. A l'examen, je constate que son voile du palais et ses piliers adhèrent intimement à la paroi postérieure du pharynx où se voient deux larges cicatrices. La luette semble normale, mais, en l'attirant en avant avec une pince, il est possible d'introduire en arrière une sonde de la grosseur d'un stylet. La luette fait clapet sur cette ouverture, sans cependant permettre le passage de l'air. L'enfant ne peut se moucher. La cavité nasale est irriguée chaque jour, et, malgré cela, une odeur *sui generis* s'exhale. Deux fois, à l'âge de trois et six ans, une opération a été tentée pour agrandir le pharynx ; chaque fois brides cicatricielles et tissus fibreux ont circonscrit encore l'ouverture, la connexion des piliers s'étant reproduite.

Je conseille l'application d'un appareil que je crée spécialement pour ce cas. Il est composé de deux dilatateurs verticaux en aluminium, fixés sur des tiges horizontales en or. Ces tiges sont articulées en avant sur une charnière soudée à un petit chariot mobile glissant d'arrière en avant dans des coulisseaux soudés sur une plaque palatine en or et platine.

Le D^r Kœnig libère les cicatrices et fait l'ablation de tout le tissu fibreux. Dans la large ouverture obtenue, j'introduis immédiatement l'appareil, qui n'est retiré qu'au bout de dix jours. Les dilatateurs ont empêché voile et piliers d'adhérer de nouveau au pharynx. L'appareil suit tous les mouvements des muscles en tous sens. L'enfant, maintenant, respire normalement par le nez, et dort la bouche fermée. Huit semaines après l'opération, son thorax s'était élargi de 4 centimètres et demi, après un traitement respiratoire que lui fit subir le D^r Gaget.

Cet appareil pourra être très utile dans les nombreux cas d'adhérence syphilitique du voile du pharynx (V. *Odontologie* du 15 juillet 1909, p. 12).

(A suivre.)

NÉCROLOGIE

Nous apprenons avec regret la mort de notre jeune confrère M. O. Bauduin, décédé à Paris, à l'âge de 21 ans.

Nous adressons à sa famille nos sincères condoléances.

⁂

Le distingué chef des travaux pratiques de bactériologie de l'Ecole dentaire de Paris, M. P. Ledoux, vient d'être cruellement éprouvé par la perte de son père, M. Jean Ledoux, décédé le 7 août dernier à Villeneuve-la-Guyard (Yonne) dans sa 80ᵉ année.

Nous exprimons à M. P. Ledoux et à sa famille nos très vives condoléances.

NOUVELLES

Distinctions honorifiques.

Notre confrère M. Poiret, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, chef de clinique de l'hôpital Pereire, vient de recevoir à ce dernier titre la croix de chevalier du Nichan Iftikhar.

Nous lui adressons nos félicitations.

Société dentaire mexicaine.

La Société a constitué son bureau de la façon suivante pour l'année 1909-1910 :

Président : M. Ricardo Figueroa.
Vice-président : M. Alfredo Reguera.
Secrétaire : M. Ernesto Paz.
Secrétaire-adjoint : M. Francisco Pastor Artijas.
Trésorier : M. Teófilo Valdez.

ERRATA

Numéro du 15 août dernier, page 120, 7e ligne, lire : *et constate les progrès qui se sont accomplis chez les dentistes depuis cette époque.*

Page 120, 21e ligne, lire : *Il rappelle certaine de ces réunions qui ne fut pas couronnée de succès.*

Page 127, après le 3e paragraphe, ajouter : M. Godon *dit qu'il va répondre aux craintes exprimées par MM. Sauvez et Durand en faisant tout de suite sa communication sur les conséquences du décret du* 11 *janvier* 1909.

Page 127, 3°, lire : *Anesthésie avec connaissances.*

Page 128, 7e paragraphe, lire : *A* 29 *ans, B., depuis* 7 *ans.*

Page 128, 8e paragraphe fin, lire : *à l'âge de* 27 *ou de* 29 *ans.*

29e ANNÉE. No 17 15 SEPTEMBRE 1909 Vol. XLII

L'ODONTOLOGIE

***L'Odontologie* est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES MALPOSITIONS MAXILLAIRES VERTICALES

(Par exagération de la distance naso-mentonnière.)

Par L. Frey, et B. de Nevrezé,

Ancien interne des Hôpitaux de Paris,
Professeur à l'École dentaire de Paris,
Dentiste de l'Hospice de Bicêtre.

Ancien interne des Asiles de la Seine,
Ancien élève des Écoles de Philadelphie et de Chicago,
Assistant de la consultation dentaire de l'Hospice de Bicêtre.

(Mémoire présenté au Congrès de Berlin, août 1909.)

> « En médecine, comme en biologie, comme en sociologie, comme chez les êtres organisés eux-mêmes, les spécialisations sont nées du progrès et elles y contribuent puissamment, mais comme le progrès ne peut exister que par le développement de l'ordre, il faut un principe de direction supérieure qui est représenté, dans la Société par le Gouvernement, dans les organismes par l'action des centres nerveux, dans les sciences par les idées générales, les principes, les méthodes qui dominent et règlent nos activités éparses et disséminées. »
>
> (Albarran, Congrès d'Urologie 1908.)

Cette étude sur les malpositions verticales comportera :

A. L'introduction, page 198.
B. Chapitre I. — Généralités sur les malpositions dentaires et maxillaires, page 200.
C. — II. — Généralités sur les malpositions maxillaires verticales, page 204.
D. — III. — Pathogénie et étiologie, page 207.
E. — IV. — Symptomatologie, page 261.
F. — V. — Diagnostic, page 272.
G. — VI. — Traitement, page 276.

INTRODUCTION[1]

Si l'on prend la peine d'étudier la terminologie en orthodontie, on est surpris de voir la multitude de termes qui servent à désigner un même symptôme ou une même lésion.

Cette pluralité de synonymes, si l'on compare cette branche de l'art dentaire aux autres branches de la pathologie, prouve que l'orthodontie est encore en pleine évolution.

De même que l'on a employé, il y a quelque 60 ans, de nombreuses expressions pour désigner la fièvre typhoïde (typhus abdominal), fièvre putride (Stoll), fièvre maligne, nerveuse (Huxham), hémorragique, ataxique, ataxo-adynamique, dothiénentérie, fièvre bilieuse, entérite aiguë, etc., laryngo-typhus (pneumotyphus), de même actuellement, en orthodontie, nous avons pour désigner par exemple les malocclusions verticales, soit par *béance d'occlusion*, soit par *exagération de la distance naso-mentonnière*, les mots de malocclusion entr'ouverte, béance incisive, hiatus antérieur, infra-occlusion localisée aux dents antérieures, inocclusion (manque d'occlusion) (G. Villain). De même est-il utile de rappeler nos multiples dénominations de la pyorrhée alvéolaire ?

Toute cette synonymie est surtout symptomatique, car les auteurs primitivement s'attachent aux symptômes ; c'est, pour ainsi dire, la manière objective qu'ils suivent, celle qui tombe immédiatement sous les sens.

Peu à peu avec les progrès de l'anatomie pathologique, de la bactériologie, de la pathologie expérimentale, la classification des maladies devient pathogénique, étiologique. L'histoire de la tuberculose, de la syphilis, de la fièvre typhoïde, de la diphtérie, etc., etc., le prouve nettement.

---

[1] Ici nous adressons tous nos remerciements à M. le Dr Nageotte qui nous a ouvert toutes grandes les portes de son service et nous a permis de puiser dans la collection des pièces anatomiques du musée Bourneville ; et à M. Mulheim, directeur de l'hôpital de Bicêtre, qui a facilité si aimablement nos recherches en mettant à notre disposition tous les documents écrits de ses archives.

« Reportons-nous en 1836 » — dit Chauffard dans sa leçon d'ouverture, — « en pleine époque de médecine orga-» nicienne, de recherches numériques, ayant toute la froi-» deur apparente, mais aussi toute la froideur un peu ina-» nimée des chiffres ; avec Cruveilhier, Louis Andral, » Chomel, on étudie minutieusement les symptômes et les » lésions des maladies, mais la médecine *étiologique et* » *pathogénique* n'est encore ni prévue, ni appelée par » personne.

» Epoque laborieuse à coup sûr, mais qui nous semble » aujourd'hui un peu aride et dépourvue du souffle de vie. »

En conséquence, on se rendra compte que tout moyen rationnel qui tendra à restreindre les dénominations symptomatiques, à les systématiser toujours dans un même ordre déterminé, et à se rapprocher de l'étiologie doit être considéré comme un progrès.

En orthodontie, le progrès semble devoir être réalisé, en étudiant rigoureusement les malpositions des dents et des maxillaires par rapport à trois directions dans l'espace[1]. Ces directions de l'espace empruntent leur nom aux éléments anatomiques de la région céphalique, et on peut les appeler d'après l'un de nous :

1° *Le sens frontal* que l'on peut définir comme une droite formée par l'intersection d'un plan horizontal quelconque avec un plan vertical passant par le front ;

2° *Le sens sagittal* : une droite formée par l'intersection d'un plan horizontal quelconque avec un plan vertical contenant la suture sagittale ;

3° *Le sens vertical :* c'est le sens de la verticale.

Toute droite parallèle à la directrice frontale sera dans le *sens frontal,* dans la direction frontale. Il en est de même pour toute droite parallèle à l'une des deux autres directrices définies plus haut. Elles seront par définition dans *le sens vertical* ou *sagittal.*

---

[1] B. de Nevrezé, *Revue de Stomatologie,* déc. 1908. *Définition clinique des malpositions dentaires et maxillaires.*

CHAPITRE I^{er}

GÉNÉRALITÉS SUR LES MALPOSITIONS DENTAIRES ET MAXILLAIRES.

En pratique les déplacements des dents se font toujours parallèlement à l'un de ces trois sens, c'est-à-dire suivant des droites parallèles aux trois directions fondamentales définies plus haut :

Soit *dans le sens frontal* ou transversal (de droite à gauche ou de gauche à droite).

Soit *dans le sens sagittal* ou antéro-postérieur (d'avant en arrière ou d'arrière en avant).

Soit *dans le sens vertical* (de bas en haut ou de haut en bas).

Soit dans deux ou dans les trois directions à la fois.

Il suffit dès lors pour exprimer le déplacement d'une dent de s'inspirer de la direction de ce déplacement par rapport à ces trois sens dans l'espace :

1° Quand un déplacement d'une dent se fait de droite à gauche ou de gauche à droite on peut dire qu'il se fait parallèlement à la directrice *frontale,* c'est-à-dire dans le sens frontal.

D'où le qualificatif de *frontales* ou transversales qu'on peut donner aux malpositions et aux mouvements à effectuer dans ce sens :

C'est ainsi que nous avons les termes suivants pour désigner les malpositions dans le *sens frontal.*

Fronto-version mésio-distale, fronto-version disto-mésiale, pour les dents antérieures.

Fronto-version lingo-vestibulaire (vestibulo-occlusion d'Angle), fronto-version vestibulo-linguale (lingo-occlusion d'Angle), pour les dents postérieures.

2° Quand un déplacement se fait d'avant en arrière ou d'arrière en avant on peut dire qu'il se fait dans le *sens antéro-postérieur* ou *sagittal,* si bien que les malpositions qui résultent de ce déplacement peuvent être appelées des malpositions *sagittales ;* elles comprennent toute une série de termes dont les principaux sont : antéro-postérieurs, ou postéro-antérieurs, antéversion, rétroversion, rétrusion, protrusion, opisthognatisme, prognathisme, *mésio-antéversion* (G. Villain [1]).

3° Quand un déplacement d'une dent se fait perpendiculairement au plan horizontal ou occlusal, de bas en haut, ou de haut en bas, on dira qu'il se fait dans le sens de la *verticale,* c'est-à-dire que c'est un *déplacement vertical.*

Dans ce dernier cas nous appellerons les malpositions à étudier : malpositions *verticales* (infra-occlusion, supra-occlusion) et les mouvements à déterminer pour leur correction : des mouvements *verticaux* (intrusion, extrusion).

Par conséquent, selon qu'une dent se mobilisera ou se sera mobilisée, soit perpendiculairement au plan horizontal ou occlusal, soit parallèlement à notre directrice *frontale* ou *transversale,* soit dans le sens sagittal ou antéro-postérieur, on dira que son déplacement est :

a) *Frontal* ou transversal, de droite à gauche, de gauche à droite.

b) *Sagittal* ou antéro-postérieur, ou postéro-antérieur.

c) *Vertical,* de bas en haut, de haut en bas.

Pour le cas particulier des dents, la qualification d'un quatrième mouvement s'impose, celui de la rotation sur l'axe qui peut exister seul ou s'ajouter à chacun des autres et que nous appellerons *mouvement axial* ou giro-axial.

Dent en giro-occlusion [2] (Subirana) *(sens axial).*

Pour la mandibule, il sera nécessaire d'interpréter certaines déviations de la ligne médiane comme un mouvement de *diduction,* quand il s'agira d'une modification dans l'articulation temporo-maxillaire.

Notion des malpositions simples et compliquées.

Pour les dents comme pour les maxillaires, le déplacement peut se produire suivant une seule des trois directions fondamentales. Nous les appellerons *malpositions simples.*

---

[1] G. Villain, Revue d'*Odontologie,* mars 1909.

[2] On dit déjà sens des aiguilles d'une montre et sens inverse des aiguilles d'une montre, ce qui légitime *sens axial.*

Il peut se produire à la fois suivant deux ou trois de ces directions, ce sont les *malpositions compliquées.*

Par suite, pour qu'une malposition soit déterminée, il faut et il suffit que sa situation soit énoncée dans les trois directions fondamentales en question :

Sens frontal.

Sens sagittal.

Sens vertical, lequel comprend le *sens giro-axial* (rotation autour de l'axe vertical).

Ainsi nous pouvons nous trouver en présence d'une incisive présentant :

1° Dans *le sens frontal* la couronne en fronto-version mésio-distale ;

2° Dans *le sens vertical* la couronne en supra-occlusion ;

3° Dans *le sens giro-axial* la couronne en rotation mésio-vestibulaire à 30°[1].

C'est, par définition, une malposition dentaire *compliquée.*

---

[1] Rotation « mésio-vestibulaire à 30° », signifie d'après de Nevrezé que la rotation dentaire est définie avec l'angle formé par :

1° Le prolongement mésial M D du diamètre mésio-distal de la dent à sa position supposée normale.

2° Le prolongement mésial M' D' du même diamètre dans la malposition acquise par la dent ayant tourné.

Le degré de rotation se mesure en degré par l'angle formé par ces deux diamètres M X M'.

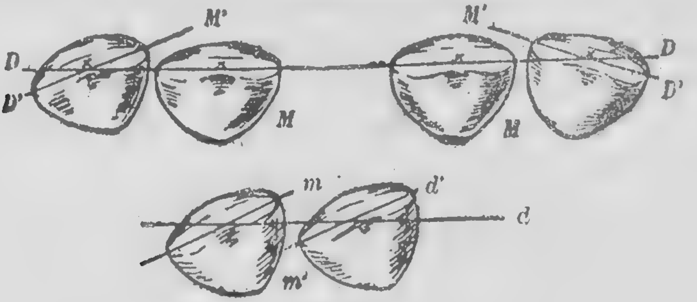


Fig. 1.
Mesure de l'angle de rotation des dents.

Autre exemple :

Supposons qu'on fasse l'extraction des premières molaires inférieures permanentes à l'âge de 7 à 8 ans, c'est-à-dire presque aussitôt après l'éruption des incisives.

Il s'ensuivra un affaissement de l'occlusion *(malposition verticale)* capable de déterminer :

L'antéversion des incisives supérieures *(malposition sagittale)*.

Le cas est trop banal pour qu'il soit nécessaire d'insister et le traitement en est basé sur l'ordre étiologique :

1° Elévation de l'occlusion et restauration des molaires manquantes ;

2° Rétropulsion des incisives supérieures et alignement de l'arcade supérieure.

Il y a une succession déterminée des phénomènes au point de vue étiologique et le traitement doit suivre la même succession en remontant tout d'abord à la cause première qui est l'affaissement de l'occlusion.

Il y a, par suite, entre les deux modifications dans les sens *vertical* et *sagittal*, rapport de cause à effet, c'est-à-dire complication du deuxième élément *(sagittal)* par rapport au premier *(vertical)*.

La malposition verticale est compliquée par la malposition sagittale mais l'inverse n'est pas vrai, puisque l'une est sous la dépendance de l'autre. La malposition étiologique doit de nécessité absolue être nommée la première.

Plus loin, nos observations cliniques montreront l'importance de cette *hiérarchie symptomatique* pour expliquer la filiation des phénomènes et pour aboutir à une thérapeutique rationnelle.

CHAPITRE II

GÉNÉRALITÉS SUR LES MALPOSITIONS MAXILLAIRES VERTICALES.

D'après la classification donnée par l'un de nous les malpositions *verticales* se divisent en deux groupes suivant que la distance naso-mentonnière est :

1° Réduite } par rapport au profil facial.
2° Exagérée }

Cette idée de faire au point de vue de la classification une place à part pour les malpositions dans le *sens vertical* est absolument nouvelle. Mais en thérapeutique c'est une notion appliquée depuis longtemps par les orthodontistes français ; elle avait été l'objet d'une telle exagération qu'on élevait l'occlusion dans tous les cas de malpositions, simplement pour « débrouiller le cas ».

En prothèse fixe (Bridges et couronnes), les praticiens ont constamment l'occasion de modifier l'occlusion des maxillaires dans le *sens vertical,* soit pour faciliter leur travail de restauration, soit même pour rendre possible quelques opérations (obturations, couronnes, bridges), soit encore pour obtenir une amélioration esthétique du profil par allongement ou réduction de la distance naso-mentonnière.

Et cela est si vrai que l'un de nous a pu dire qu'un praticien moderne commence sa vie professionnelle avec une clientèle à occlusion basse, et qu'il la termine avec une clientèle à occlusion haute. Il a donc passé sa vie à élever l'articulation de ses patients et à faire de l'orthopédie faciale dans le *sens vertical* (de Nevrezé, *Revue de Stomatologie,* déc. 1908, p. 547).

Historique. — Dans les traités d'orthodontie récents, les malpositions verticales sont l'objet d'études dont l'importance est très différente suivant les auteurs.

a) Dans le livre d'Angle cette notion n'est pas mentionnée.

Sa classification fondée sur la situation respective des dents et des maxillaires dans le *sens sagittal* (ou antéro-postérieur) ne comprend aucune classe pour les malpositions dans le *sens vertical.*

Les malocclusions entr'ouvertes par :

$$\frac{\text{Infra-occlusion des incisives supérieures}}{\text{Bas normal}}\ \text{avec}$$

sont considérées comme faisant partie de la première classe où les molaires sont en rapports $\frac{\text{mésio}}{\text{distaux.}}$

Les malocclusions entr'ouvertes par :

$$\frac{\text{Haut normal}}{\text{obtusisme mandibulaire}}$$[1]

sont complètement passées sous silence et il n'est aucun chapitre ni de traitement ni d'étiologie qui leur soit consacré. Tout au plus Angle parle-t-il de l'élévation de l'occlusion au point de vue du traitement de la rétroversion des incisives latérales pour le déconseiller complètement. Il n'élève jamais l'occlusion dans le *sens vertical.* Enfin les malocclusions trop basses avec réduction de la distance naso-mentonnière ne sont traitées à aucun point de vue.

b) Dans le *Traité d'orthopédie dento-faciale* de C. Case de Chicago, nous ne trouvons pas cette notion nettement établie en ce qui concerne les malocclusions verticales en général :

Néanmoins il est fait mention des malocclusions entr'ouvertes (classe VII) et surtout des malocclusions trop fermées (infra-occlusion généralisée, classe III), et l'auteur consacre à ces dernières un remarquable chapitre adopté par Pullen dans son long article du traité de C. N. Johnson, 1908.

---

[1] Très volontiers nous dirons, pour parler des lésions mandibulaires avec angle postérieur anormalement obtus : *obtusisme mandibulaire.*

De même l'angle antérieur mandibulaire sera désigné par : l'*angle alvéolaire.* L'angle postérieur mandibulaire sera l'*angle osseux.*

c) Pullen adopte, outre les trois classes d'Angle, une quatrième classe caractérisée par la réduction de la distance naso-mentonnière avec infra-occlusion généralisée.

C'est la première fois qu'on sent le besoin de faire rentrer dans une classification la notion des malocclusions verticales (Full bi-maxillairy Intrusion).

d) Le Dr A. P. Rogers, de Boston (Items of Interest, avril 09), distingue :

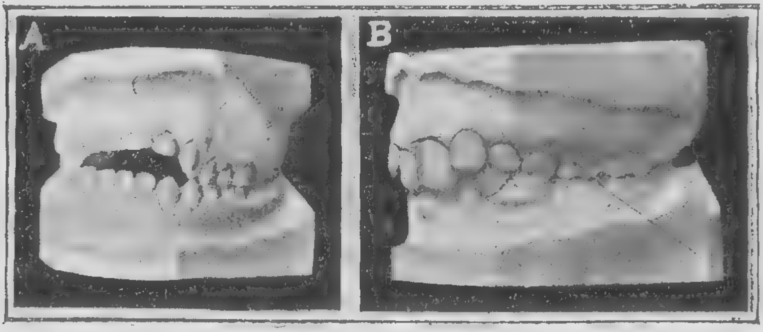


Fig. 2 A et B.

1° Une infra-occlusion antérieure (Béance incisive par atrophie supérieure), fig. 2 A ;

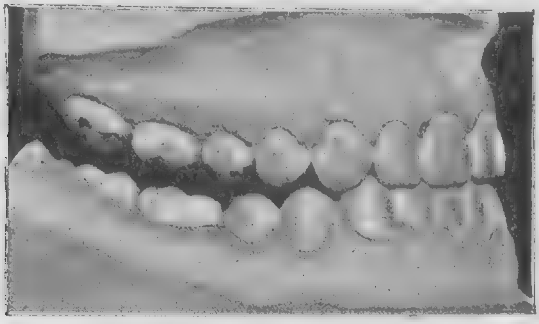


Fig. 2 C.

Infra-occlusion postérieure (Close Bite) d'après Pullen. Les dents postérieures n'articulent pas, les deux maxillaires sont en bonne position par rapport au profil facial.

2° Une infra-occlusion postérieure (Close Bite). Les bicuspides et molaires n'ont pas fait complètement leur éruption, fig. 2 B et C ;

3° Une infra-occlusion mono-maxillaire ;

4° Une infra-occlusion bi-maxillaire *(C. Case)*.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE.

Ainsi que nous l'avons vu, les malpositions verticales sont celles qui se font dans le sens de la *verticale,* perpendiculairement au plan horizontal ou occlusal.

Pour établir plus de clarté dans notre travail nous allons le limiter à l'étude des malpositions *verticales* caractérisées :

1° Au point de vue facial : *par exagération de la distance naso-mentonnière* ;

2° Au point de vue occlusal : *par la béance* plus ou moins étendue.

Cette dernière néanmoins n'est nullement suffisante à elle seule pour rentrer dans le cadre où nous nous limitons. Nous en excluons toutes les infra-occlusions non accompagnées d'exagération de la distance naso-mentonnière, car la béance est un syndrome commun à plusieurs malpositions ainsi que nous le verrons à l'étude des symptômes.

Nous éliminons d'emblée ici les malpositions *verticales* par suite de réduction naso-mentonnière.

Au point de vue *pathogénique,* on doit diviser les malpositions *verticales* que nous étudions dans ce mémoire en deux groupes principaux :

A) Soit que les lésions portent sur la portion alvéolaire des maxillaires ;

B) Soit qu'elles portent sur les maxillaires proprement dits (portion nasale, condyle, articulation temporo-maxillaire)[1].

A. *Lésions alvéolaires.* — Dans ce cas on a à faire à une véritable hypertrophie des alvéoles qui se sont développés dans le *sens vertical* d'une façon anormale (dents géantes). (Voir fig. 3, p. 263, symptomatologie, observation n° 1.)

On peut ainsi opposer la supra-occlusion généralisée que nous décrivons ici pour la première fois à l'infra-occlusion généralisée si bien décrite et traitée par Case.

B. *Lésions des maxillaires proprement dits.* — Ces lésions peuvent porter sur l'os incisif supérieur (becs de lièvre).

Quelquefois, il s'agit de lésions chirurgicales (fractures vicieusement consolidées).

Quelquefois encore, il s'agit d'une exostose syphilitique du condyle (cas de Scheffer, *Revue de Stomatologie,* 1909).

Enfin, il s'agit plus souvent d'une lésion complexe, probablement rachitique dans laquelle l'angle mandibulaire a conservé sa forme *infantile (obtusisme mandibulaire)* et, au lieu d'être droit comme chez les adultes, il est plus ou moins obtus ; c'est sur cette dernière forme que nous insisterons le plus.

A) La supra-occlusion paraît être due à une sorte d'hyperplasie de la région alvéolaire. Cette hyperplasie s'accompagnerait de dents géantes anormalement développées dans le sens de la longueur ; il y a évidemment parallélisme entre le développement des racines de ces dents et de leurs procès alvéolaires ; on pourrait dire par opposition à l'infra-occlusion, que dans ces cas particuliers, la supra-occlusion serait due à une hyperplasie folliculaire (Voir fig. 3, p. 263, observ. n° 1 de la symptomatologie).

---

[1] Nous éliminons donc aussi les cas caractérisés par :

$$\frac{\text{haut normal (ou en rétrusion)}}{\text{prognathisme ou protrusion du bas.}}\ \text{avec}$$

Dans ce dernier cas, en effet, la malposition est sagittale et non pas verticale.

B) Parmi les lésions des maxillaires proprement dits, une seule fera l'objet de ce chapitre, c'est celle que nous avons désignée au point de vue symptomatique sous le nom *d'obtusisme mandibulaire* avec angle postérieur anormalement obtus (angle osseux).

L'angle mandibulaire est formé par la réunion de la branche horizontale et de la branche verticale du maxillaire inférieur. Chez l'enfant, chez le vieillard édenté il est normalement obtus parce que, chez le premier, le procès alvéolaire n'a pas encore fait son apparition et que chez les autres, il a complètement disparu. Dans ces deux cas, il s'agit de l'angle obtus formé par la crête antérieure de la branche verticale et de la crête supérieure alvéolaire horizontale. C'est ce que nous appellerons *l'angle antérieur mandibulaire* ou *angle alvéolaire.*

Chez certains rachitiques présentant les lésions qui nous occupent (infantilisme mandibulaire) l'angle est anormalement obtus, non pas pour les mêmes causes que précédemment, mais parce que le bord postérieur de la branche verticale fait avec le bord inférieur de la branche horizontale un angle anormalement obtus. Nous l'appellerons *l'angle postérieur mandibulaire* ou *angle osseux.*

Dans le premier cas (enfants ou édentés) c'est l'angle antérieur qui est obtus ; dans le deuxième cas (rachitiques) c'est l'angle postérieur, et le plus souvent il y a parallélisme entre les branches de l'angle postérieur et les branches de l'angle antérieur.

Ces malformations mandibulaires sont presque toujours accompagnées de manifestations osseuses rachitiques dont on retrouve la trace sous forme d'incurvation des tibias et de lésions osseuses thoraciques ainsi que nous le verrons plus loin.

1° *Théorie adénoïdienne de l'obtusisme mandibulaire*, de C. Case [1]. — Cette déformation mandibulaire, d'après Case qui s'est occupé l'un des premiers de la question, serait due à la respiration buccale.

---

[1] Case, *Orthopédie dento-faciale*, classe VII, *Open-bite.*

« La cause principale », dit-il, « sinon unique de cette lésion, est due à la présence d'adénoïdes ou d'amygdales empêchant la respiration nasale.

» Dans d'autres cas, cette respiration buccale peut se produire simplement par une mauvaise habitude, sans qu'on puisse déceler une cause pathologique évidente ou seulement un peu de sténose ou rétrécissement nasal, etc., etc. »

L'opinion de C. Case est que l'occlusion entr'ouverte vient de l'habitude que prennent les muscles hyoïdiens de se contracter pendant le sommeil et de maintenir la bouche entr'ouverte.

Les condyles restent dans la cavité glénoïde et servent de point d'appui, la branche horizontale est entraînée en bas par les muscles sus-hyoïdiens fixés au menton.

En conséquence, les dents postérieures seules sont en rapport et articulent tandis que les dents antérieures restent éloignées plus ou moins les unes des autres.

Avec l'occlusion entr'ouverte on peut rencontrer d'autres malocclusions variées et cela pour la même raison que des enfants de toute variété pathologique de physionomies, peuvent avoir des affections du naso-pharynx, empêchant la respiration nasale.

2° *Théorie rachitique des auteurs.* — Outre les causes adénoïdiennes, d'autres facteurs peuvent intervenir ainsi que le montrent les trois observations suivantes [1] :

OBSERVATION α. — *Rachitisme. Obtusisme mandibulaire. Courbure rachitique des tibias. Intelligence normale. Age 25 ans.*

Le sujet en question est porteur d'une lésion mandibulaire par infantilisme avec angle anormalement obtus.

La béance incisive est de 5 m/m *dans le sens vertical,* elle s'étend jusqu'au niveau des deuxièmes grosses molaires supérieures et inférieures qui, seules, sont en occlusion.

---

[1] Nous publierons prochainement trois cas d'*obtusisme mandibulaire* ayant apparu pendant l'enfance, avant l'âge de 6 ans. Les symptômes et l'évolution sont identiques aussi bien pour les dents temporaires que pour les dents permanentes.

Les procès alvéolaires sont normalement développés au niveau du maxillaire supérieur, ils sont considérablement réduits au niveau de la mandibule dans le *sens transversal* et dans le *sens vertical* au point qu'ils paraissent étrangers au corps de la mandibule notablement plus développée.

Si l'on recherche les causes de cette lésion, on ne retrouve aucune tare héréditaire ni familiale, mais les antécédents personnels nous apprennent que le malade aujourd'hui âgé de 25 ans, a présenté des troubles gastro-intestinaux (allaitement artificiel) pendant tout son jeune âge, marché très tard (âge de 3 ans) et actuellement on trouve au niveau des deux tibias une courbure à concavité interne très nette, très accusée (jambes en cerceaux) qui est comme la signature indélébile que le rachitisme a posé sur le système osseux de l'individu.

OBSERVATION β. — *B..., 18 ans. Léger rachitisme. Troubles gastro-intestinaux. Léger obtusisme mandibulaire. Angle maxillaire faiblement obtus. Béance localisée aux incisives. Lésions rachitiques des tibias. Intelligence normale. Age 19 ans.*

Cette observation ne diffère de la précédente qu'en ce qu'elle n'en est qu'une forme très atténuée, mais les lésions sont identiques.

OBSERVATION 3, *recueillie à l'hospice de Bicêtre (service du Dr Nageotte). — Hérédité alcoolique, idiotie congénitale, rachitisme à manifestations multiples au niveau des fémurs, des tibias, du thorax, taille très réduite. Mandibule rachitique avec angle très obtus, béance des 12 dents antérieures.*

Dans ces trois observations qui sont des plus typiques on voit nettement une lésion osseuse qui préside à la pathogénie de la difformité qui nous occupe.

Peut-être l'opinion de C. Case est-elle trop absolue quand il attribue d'une façon unique la cause de cette lésion à la respiration buccale.

On peut lui objecter que ces lésions mandibulaires sont relativement rares, alors que les adénoïdiens sont excessivement nombreux.

Ces derniers sont beaucoup plus souvent porteurs de lésions au niveau du maxillaire supérieur (réductions frontales) alors que la mandibule est presque toujours intacte.

Quoiqu'il en soit des deux théories adénoïdiennes et rachitiques, trois facteurs paraissent intervenir d'une façon plus importante dans l'étiologie de cette lésion mandibulaire.

1° *Lésions cérébrales.* — On a remarqué sa très grande fréquence chez les idiots, les arriérés, etc. (Cruet[1]) ;

2° *Malnutrition du premier âge* (maladie de Parrot, ou pseudo paralysie syphilitique). Maladie de Barlow ou scorbut infantile ;

3° *Lésions osseuses.* — Rachitisme. Ostéomalécie, maladies décalcifiantes, scrofule, tuberculose, etc.). (Ostéocie de Ferrier).

La rigidité du squelette, par suite sa densité et sa calcification se trouvent diminuées, sa malléabilité est augmentée, etc.

Les muscles sus-hyoïdiens, agissant en sens inverse, des muscles masticateurs peuvent écarter les deux branches de l'angle de la mandibule.

Nous sommes autorisés à dire, dans ce cas, en raison de cette étiologie que la « mandibule est rachitique ».

(A suivre.)

---

[1] *Revue de stomatologie*, 1894. Dents chez les idiots et les dégénérés (Cruet).

ÉTUDE SUR LA RÉSORPTION DES RACINES DES DENTS TEMPORAIRES QUEL EN EST LE PROCESSUS PHYSIOLOGIQUE ?

Rapport présenté au 5° Congrès dentaire International de Berlin, août 1909.

Par J. Choquet,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

(Suite et fin [1].)

En 1890, Baume et Brandt en étudiant l'organe absorbant le considèrent comme formé d'un tissu de granulations contenant des cellules géantes provenant de la moelle embryonnaire.

Eichler, aussi bien dans son travail de 1891 que dans celui de 1909, s'est montré chercheur passionné, faisant du ligament de la dent temporaire et de la moelle osseuse la cause efficiente de la résorption.

Von Metnitz (1891), qui a publié un énorme travail à ce sujet, ne partage pas l'opinion que la résorption des racines s'effectue principalement par le moyen des cellules à myéloplaxes. Pour lui, la cause efficiente doit être cherchée dans le ligament de la dent temporaire qui vient à proliférer en même temps que le sac folliculaire de la dent permanente.

Pierre Robin en 1899, dans sa thèse *Sur le rôle de la mastication et du sac folliculaire dans l'ascension des dents*, est un fervent partisan du fongus. Pour lui la résorption des dents de lait est due à un fongus, qui est constitué tout d'abord par le sac folliculaire de la dent permanente.

La cause efficiente de ce fongus doit être, d'après cet auteur, recherchée exclusivement dans la mastication qui irrite le sac folliculaire de la dent permanente par l'intermédiaire de la dent de lait, et la résorption des dents temporaires est proportionnelle à l'effort transmis au fongus par celles-ci quand elles remplissent leur acte physiologique.

---

[1] V. *L'Odontologie* du 30 août 1909, p. 153.

Malgré l'opinion de Trauenfels que depuis Von Metnitz il n'avait rien été publié de nouveau ou d'intéressant, on est cependant forcé de reconnaître que la théorie de Robin n'est pas à dédaigner.

Pour ma part, je n'en suis pas partisan, car Robin s'est exclusivement cantonné dans l'étude de l'anatomie dentaire humaine et nous verrons un peu plus loin que, seule, l'anatomie dentaire comparée possède des chances de nous faire comprendre le phénomène de la résorption.

Nous arrivons enfin en 1901 au travail de Trauenfels qui a fait sensation en Allemagne. Nous sommes obligé de reconnaître que, malgré les nombreuses observations tirées de certains auteurs, l'ouvrage de Trauenfels n'a pas apporté une grande clarté dans la question.

En effet nous ne trouvons pour ainsi dire aucune idée personnelle dans cet article et son auteur nous prévient même que : « sous le rapport anatomique ou physiologique, il laisse de côté tout ce qu'il y aurait à dire sur la résorption ou qu'il ne fait que l'effleurer. »

Nous trouvons cependant dans ce travail la confirmation des expériences de Malassez et Galippe concernant la réaction dans l'intérieur de la pulpe, de même que la confirmation de la théorie émise par Robin que, pour qu'une dent subisse l'effet de la résorption, il faut que sa pulpe soit intacte.

Autrement, elle fait purement et simplement l'office de corps étranger et, comme tel, est purement et simplement chassé de l'organisme.

Dans son anatomie et physiologie de la bouche et des dents, 1903, Sauvez est un partisan fervent du fongus. D'après lui, ce ne serait pas un corps mystérieux, mais le produit de la réaction du ligament alvéolo-dentaire physiologiquement irrité et Sauvez compare ce corps à certaines tumeurs (fongus de la dure-mère, tumeurs érectiles), capables de produire des résorptions osseuses.

Pour Hopewell-Smith (*The histology and patho-histology of the teeth,* 1903), le fongus existe réellement et dérive du feuillet externe du sac folliculaire de la dent permanente.

Citons enfin en passant, quoique ceci rentre plutôt dans le domaine de la pathologie, le travail de Cavalié sur la pathogénie de la carie dentaire dans lequel il envisage le rôle destructif joué par les odontoclastes dans les dentinites raréfiantes.

Pour terminer cet exposé historique et chronologique de la résorption des dents temporaires, il nous faut parler du travail le plus récent, le plus considérable qui ait été écrit à ce sujet. J'ai cité Eichler dans le *Handbuch für Zahnheilkunde* de 1909.

Mon opinion diffère sensiblement de certaines opinions d'Eichler, mais je dois reconnaître encore une fois que son travail est énorme, car, sous une forme précise, concise et très lumineuse, il étudie le pour et le contre des diverses théories émises à ce jour.

Il met en évidence tout d'abord, ce que les différents auteurs et même Redier n'avaient pas fait, sauf Malassez et Galippe, la période d'arrêt qui se produit dans la destruction de la racine, arrêt suivi d'une période de consolidation aboutissant à du tissu de néoformation qui peut se rencontrer aussi bien dans le cément que dans la dentine.

Pour ce qui est du cément seul, il confirme l'observation que j'ai faite il y a longtemps et que j'ai toujours signalée au cours de mes leçons, à savoir que, dans le cément néoformé, l'élément cellulaire de ce tissu, au lieu d'envoyer ses ramifications dans tous les sens, comme cela se produit dans le tissu normal, les envoie au contraire dans une direction, c'est-à-dire vers l'extérieur.

Eichler semble s'étonner, de même que Kallhardt, du processus donnant naissance à du tissu de néoformation, au cours de la période de résorption. A notre avis, la dent temporaire, à moins de mortification pulpaire, ne peut pas et ne doit pas être considérée comme un corps étranger implanté dans l'organisme. Cette dent fait partie intégrante de celui-ci et subit par conséquent toutes les fluctuations de ce dernier. Cette dent, lorsqu'elle a évolué, ne l'a pas fait d'une façon continue. Il s'est produit des stades successifs de développement et des stades d'arrêt qui sont représentés par des stigmates indélébiles dans sa constitution propre : stries de Retzius dans l'émail, lignes de contour d'Owen. Pourquoi donc dans un organe qui doit être considéré comme fonctionnant physiologiquement (puisqu'il sert encore à la mastication, à la phonation, à la préhension, puisqu'il ressent les impressions thermiques, sucrées, acides) par suite de la vitalité de sa pulpe, ne continuerait-il pas à subir les influences générales de l'organisme? Il n'y a là aucune raison et je suis absolument convaincu que Eichler reviendra sur son opinion, d'autant plus que Von Metnitz lui-même, que cite Eichler, admet que « *le processus peut venir à s'arrêter par instants et être remplacé par une néoformation qui sera elle-même détruite par une résorption prochaine* ».

Il est, à notre avis, absolument indispensable de signaler l'opinion très judicieuse d'Eichler que, dans le début de la résorption, les lacunes de Howship sont remplies presque entièrement de cellules rondes et que Kallhardt a rarement trouvé les cellules géantes. Comme on pourra le voir un peu plus loin, dans mes recherches d'anatomie dentaire comparée j'arrive au même résultat ; très peu de cellules à myéloplaxes, tandis qu'au contraire je constate des quantités innombrables de cellules arrondies.

Se basant sur des observations macroscopiques, Eichler dit que le tissu de granulation trouvé sous la dent temporaire reste plus ou moins adhérent à celle-ci et que plus il est adhérent, plus l'écoulement sanguin est considérable. C'est une observation absolument juste et il ajoute : « Comme ce tissu de granulation est constaté dans tous les cas d'une dent résorbée, on doit considérer que c'est à celui-ci qu'incombe la faculté résorbante. »

Cette observation est très rationnelle, mais la présence de ce tissu de granulation n'implique pas forcément que l'on ait affaire à un véritable fongus.

Venant à chercher la solution du problème de la dissolution des racines et faisant intervenir à cet effet l'intervention d'un acide, Eichler passe successivement en revue ceux qui pourraient être considérés comme les agents effectifs de la dissolution des tissus constitués.

A mon avis, il n'existe aucun acide venant à agir. Me basant sur les observations de Bourdet et de tous les partisans de la théorie chimique, j'ai cherché à contrôler le fait de la présence d'un acide quelconque et je dois avouer que, dans les cas *normaux,* je n'ai jamais constaté une sécrétion acide au papier de tournesol.

Je dis cas normaux et je m'explique. J'entends par cette définition toute dent temporaire dont les attaches gingivo-ligamenteuses sont absolument intactes ; par conséquent tout organe dont la racine est complètement à l'abri des éléments extérieurs et je pose ceci comme principe.

« Tant que la dent temporaire est fortement sertie au collet par son anneau fibro-muqueux, tant qu'il n'existe pas la moindre solution de continuité, le moindre pertuis dans cet anneau, par conséquent tant qu'il n'y a pas possibilité de pénétration entre la dent temporaire et la dent permanente, on ne trouve jamais d'acide et le contact du papier de tournesol reste intact.

» Si, au contraire, il vient à se produire la moindre rupture dans cet anneau fibro-muqueux pour une cause ou pour une autre, la salive, les liquides buccaux entraînant avec eux des particules alimentaires s'y précipitent, y séjournent en s'y décomposant, occasionnant ainsi des fermentations tantôt acides, tantôt alcalines. Et plus la solution de continuité sera grande, plus le soi-disant fongus sera bourgeonnant, enflammé, par suite de la décomposition des aliments et de salive saignant abondamment, plus la réaction au papier de tournesol sera acide. »

A mon avis, le sérum sanguin que Eichler considère comme la cause efficiente de cette acidité n'a rien à faire ici. Les cellules de résorption pourraient peut-être entrer en ligne de compte. Nous n'en savons rien, mais ce que je puis affirmer c'est que l'acidité n'existe pas si la racine de la dent est protégée de toute contamination extérieure.

On pourrait objecter que les dents provenant de kystes dermoïdes ovariens examinées par Miller avaient subi une vraie décalcification et qu'il existait même un véritable acide sortant de l'alvéole de la première molaire qu'il avait enlevée, mais il faut bien remarquer qu'ici les circonstances ne sont plus les mêmes, vu que le liquide contenu dans ces kystes est toujours plus ou moins acide à un moment donné et qu'il contient des quantités plus ou moins grandes de thyrosine, d'acide urique ou de cholestérine, d'acide oxalique, de leucine, en outre que cette pièce avait parfaitement pu se laisser pénétrer par une solution de continuité quelconque par ce liquide ovarien.

Et enfin, il faut surtout tenir compte que Miller se trouvait en présence d'un cas tout à fait anormal à tous les points de vue.

Eichler enfin, continuant méthodiquement et d'une façon tout à fait scientifique ses recherches pour arriver à la solution de ce problème si complexe, se demande sous quelle impulsion l'organe de résorption reçoit son activité. Il dit : « On reconnaît généralement maintenant que, à l'influence de la dent permanente s'ajoute un rôle essentiel, mais pas exclusif et il faut encore se demander comment on doit interpréter cette influence. La vieille théorie que la pression exercée par la dent permanente joue un rôle important a été réfutée. Dernièrement Kallhardt s'est rejeté sur cette pression et cherche en elle la cause de la résorption sans pouvoir parvenir à mettre la vérité à jour. »

Pour mon compte personnel je suis absolument de l'opinion de Kallhardt. J'en reviens à la théorie mécanique non pas comme cause efficiente, mais comme cause occasionnelle. La pression par elle-même n'est rien, c'est l'inflammation qui en résulte qui est tout. Je prends à la théorie mécanique ce qu'elle a de bon, je choisis dans la théorie organique ce qu'il y a de vrai, je sélectionne dans la théorie de Redier (en apportant des preuves à l'appui comme on le verra dans un instant) les parties les plus intéressantes et, de tout cela réuni, je fais un ensemble homogène qui ne solutionne pas la question, c'est vrai, mais qui cependant, j'en suis convaincu, avancera l'époque de la solution de ce problème si ardu, mais en même temps si passionnant, du processus physiologique de la résorption des dents temporaires.

Je suis heureux de constater que Eichler, à la fin de son mémoire, dit que, vu toutes les contradictions, toutes les théories émises par les différents auteurs, il ne reste plus qu'une porte de sortie représentée par l'excitation physiologique telle qu'elle découle de la théorie de Redier.

Pour terminer enfin cette longue bibliographie, je tiens à citer l'opinion de mon excellent ami Frey qui, ayant été mis dernièrement au courant de mes recherches, a bien voulu m'autoriser à reproduire ses paroles :

« *Dans le processus de résorption des racines des dents de lait, j'accepte les deux théories en présence, mais en les classant de la façon suivante :*

» *1° La théorie mécanique serait cause occasionnelle, c'est-à-dire qu'à l'occasion de l'évolution de la dent permanente les phénomènes de destruction se produiraient ;*

» *2° La théorie organique, sans fongus, selon les idées de Galippe, Malassez et Choquet, serait cause efficiente par le processus destructeur que ces auteurs ont décrit. Cette évolution destructive serait, ce me semble, fonction de l'élan vital de Bergson.* »

Je me rallie du reste entièrement à cette hypothèse qui concorde en tous points avec mon opinion, comme on va pouvoir en juger par ce qui va suivre.

Permettez-moi maintenant de vous soumettre mes idées personnelles au sujet de la résorption des racines des dents temporaires, en me basant sur des études d'anatomie comparée.

Je suis la même ligne de conduite qu'Adloff et Kallhardt, Galippe et Malassez ont suivie et je crois que c'est dans cette étude seule que l'on pourra trouver la solution du problème qui nous tient tous à cœur.

A mon avis, il y a un point sur lequel les différents auteurs n'ont pas suffisamment insisté. On admet généralement que les animaux, les mammifères en particulier, peuvent être divisés, en partant du simple pour aller vers le composé, en monophyodontes vrais, diphyodontes et polyphyodontes suivant le nombre de dentitions qu'ils possèdent soit pendant leur existence réelle, soit depuis la période fœtale.

L'homme, qui sert de base à nos travaux, est un diphyodonte, nous le savons tous et ses deux dentitions présentent suffisamment de caractères propres pour que nous ne puissions pas les confondre.

Ces deux dentitions différant comme morphologie et comme nombre des organes qui les composent, ces deux dentitions, disons-nous, sont, au point de vue de l'anatomie topographique, disposées de telle façon par rapport l'une à l'autre que je suis forcé d'attirer votre attention sur un tout petit point présentant une réelle importance.

Suivant que nous avons affaire à des dents de bouche (incisives et canines) ou au contraire à des dents triturantes, il nous faut considérer le fait suivant relatif à l'éruption des organes de remplacement.

Pour les dents de bouche, qu'il s'agisse du maxillaire supérieur ou au contraire du maxillaire inférieur, nous pouvons poser comme principe que ces organes sont situés en dedans des arcades temporaires, et que, pour effectuer leur éruption ils devront suivre une direction ascendante ou descendante *oblique ;* de bas en haut pour le maxillaire inférieur, et dans le sens opposé pour le maxillaire supérieur.

Au contraire pour les prémolaires permanentes nous constaterons que les germes de celles-ci sont situés directement sous les dents temporaires, entre les racines de celles-ci, et que leur éruption s'effectuera perpendiculairement à la base du corps des mâchoires et par conséquent parallèlement à l'axe des dents qu'elles viennent remplacer. Le processus de l'éruption des dents s'effectuera donc toujours sous forme d'une ascension ou au contraire d'une descente et l'on pourra toujours faire intervenir une des théories que nous avons étudiées pour expliquer la disparition de l'organe temporaire. Le fait typique, tangible, est que cette dent temporaire doit être remplacée d'une façon ou d'une autre par un organe de remplacement, qui lui, sera permanent.

Comment peut-on expliquer que, chez certains mammifères, monophyodontes vrais, l'on se trouve en présence d'organes dentaires venant à présenter des phénomènes de résorption radiculaire en tous points semblables à ceux que l'on constate macroscopiquement et microscopiquement chez l'homme et la plupart des diphyodontes ?

Un exemple absolument concluant est représenté par les Manati, que l'on ait affaire au *Manati Senegalensis* ou au *Manati Americanus.*

Dès 1899 mon attention fut attirée par l'examen de crânes de ces animaux qui m'étaient parvenus dans un envoi fait par un de mes correspondants de l'Afrique occidentale. Je fus tout étonné de constater que la dentition composée exclusivement de molaires voyait ces organes présenter des phénomènes macroscopiques de résorption en tous points semblables à ceux que l'on rencontre chez l'homme et en général chez tous les diphyodontes.

Ma surprise s'accrut encore quand, ayant examiné séparément chacune des molaires, je constatai que certaines de celles-ci dont *la calcification n'était pas complète,* par conséquent dont les parties radiculaires étaient encore largement ouvertes, présentaient déjà des symptômes très nettement visibles représentés par des lacunes de Howship.

N'ayant à ma disposition que des pièces sèches, je tins à avoir des têtes fraîches pour pouvoir étudier de près les phénomènes de la résorption de ces molaires et mes désirs furent réalisés vers 1902, époque à laquelle je reçus de mes correspondants une tête entière de lamantin adulte conservée dans du formol, en même temps qu'un fœtus de 12 centimètres de long, conservé dans l'alcool. Je me mis immédiatement à l'œuvre et c'est le résultat de mes recherches depuis cette époque que je vais avoir l'honneur de vous soumettre aujourd'hui.

La bibliographie ne m'ayant rien indiqué au sujet de la mono ou diphyodontie du lamantin, j'ai été forcé de me baser exclusivement sur mes recherches pour arriver à prouver que le lamantin est un monophyodonte vrai.

Sa dentition, composée, sur *les crêtes des mâchoires,* exclusivement par des molaires, est continuellement changée par la résorption, la chute et le remplacement d'organes de même forme qui naissent dans de petites logettes osseuses situées, l'une à la face postérieure du maxillaire supérieur, l'autre à la face interne de la branche montante du maxillaire inférieur et contenant continuellement des germes en formation. Ce sont ces germes dentaires, en général au nombre de trois qui sont le point de départ de la dentition à renouvellement continuel du lamantin. Ces germes, au fur et à mesure que l'individu vient à augmenter de volume, suivent eux-mêmes la même progression et ce sont ces dents qui, *venant à prendre naissance à la partie postérieure des maxillaires, viennent tomber par suite de résorption à la face labiale de ces mêmes maxillaires après les avoir parcourus dans toute leur longueur,* en présentant au cours de leur existence des phénomènes caractéristiques que nous allons signaler. Mais, avant d'entrer dans l'étude histologique proprement dite de ces dents, il est nécessaire de définir l'anatomie des maxillaires eux-mêmes.

Les arcades de ceux-ci sont constituées par deux lignes parallèles, avec très légère tendance à diverger à la partie labiale au niveau de la molaire la plus antérieure qui semble entraînée vers la partie vestibulaire par une forte traction du ligament alvéolo-dentaire qui n'existe pour ainsi dire plus que sur cette face.

Le maxillaire inférieur, par sa face vestibulaire, est arrondi en forme de convexité volumineuse à paroi externe *très dense.* Sur la face moyenne, on rencontre l'orifice du canal dentaire énorme, présentant dans l'étendue du corps même un diamètre qui, sur le crâne qui m'a servi pour mes recherches, présente plus d'un centimètre de diamètre. Ce canal dentaire est oblique et sa direction peut être définie ainsi : d'arrière en avant et de bas en haut, car il semble se rapprocher très nettement de la partie apexienne des molaires les plus antérieures.

La face linguale, à l'encontre de la première, est *concave, granuleuse, érodée, résorbée,* se présentant sous l'aspect d'une très mince pellicule osseuse à travers laquelle viennent à paraître les racines des dents.

Cet aspect de porosité est surtout appréciable à la partie antérieure, là où l'on constate le maximum de résorption des dents.

La partie symphysaire proprement dite est complètement dépourvue de molaires, recouverte par une plaque cornée inattaquable par les acides, et renfermant des germes dentaires imperceptibles représentés par des grains d'émail, la plupart du temps inclus dans cette lame cornée et n'ayant aucune attache avec le maxillaire lui-même. Enfin à la face interne de la branche montante, sous l'orifice de l'épine de Spix on constate la présence de la logette osseuse contenant les germes des dents de remplacement. Cette logette possède une paroi propre, parcheminée et se présente sous forme d'une très grosse amande placée horizontalement.

Le maxillaire supérieur présentera les mêmes caractères anatomiques au point de vue des arcades que le précédent. La logette osseuse existera elle aussi et possédera la même forme que celle qui vient d'être décrite.

Au point de vue morphologie on peut dire que les dents du lamantin sont celles qui ressemblent le plus à celles des tapirs. Elles possèdent une couronne surmontée de trois tubercules et représentent bien les caractères propres des herbivores vrais.

Mais, ce qu'il y a de plus intéressant, c'est la présence à la face distale de chaque dent d'un cuspide dirigé plus ou moins obliquement vers la face mésiale de la dent suivante et servant pour ainsi dire de point d'appui, de béquille en un mot, à cette première pour l'empêcher de basculer en arrière comme on le verra un peu plus loin.

Ces dents possèdent deux racines au maxillaire inférieur et trois au maxillaire opposé. Nous avons vu un peu plus haut que, par suite du travail incessant du renouvellement des dents dans les logettes osseuses, la dent la plus rapprochée de l'orifice buccal, issue de cette logette osseuse, a dû parcourir toute l'étendue de ce maxillaire correspondant à la crête.

Nous avons deux parties distinctes à examiner dans cette dent, la partie coronaire et la partie radiculaire, de beaucoup la plus intéressante.

PARTIE CORONAIRE. — Prenant comme point de départ la molaire la plus antérieure, c'est-à-dire celle qui est sur le point de tomber, nous constatons que des tubercules primitifs il ne reste pour ainsi dire rien.

Nous rencontrons en effet une surface plate, présentant de place en place les traces des sillons intercuspidiens. Les bords de cette couronne sont noirâtres et le collet semble beaucoup plus étranglé qu'il ne l'est sur les dents situées plus profondément dans la cavité buccale.

Les racines, elles, sont réduites pour ainsi dire à l'état de moignons informes, parsemées de nombreuses et profondes encoches réparties sur toutes les faces.

Des deux racines que comportait l'organe, on ne trouve pour ainsi dire plus que des vestiges de la première, *la seconde a disparu totalement*. L'alvéole de la première racine est poreux, sans cependant qu'il y ait d'exagération et le septum qui sépare cet alvéole de celui de la racine postérieure est normal sur la face antérieure, tandis qu'au contraire il est comme rongé sur la face postérieure. L'alvéole de la racine postérieure n'existe pour ainsi dire pas. On se trouve en présence d'un tissu osseux spongieux, criblé de trous plus ou moins profonds.

Cette première définition va nous faire très rapidement comprendre la suite.

A la deuxième molaire, nous trouverons tout d'abord un organe beaucoup moins ébranlé, des cuspides mieux conservés, puis des racines plus longues que dans le cas précédent tout en conservant cette particularité que la racine antérieure est toujours beaucoup plus longue que la postérieure.

Du côté du tissu alvéolaire les symptômes objectifs seront identiquement les mêmes que dans le cas précédent.

Au fur et à mesure que nous nous rapprocherons de la logette osseuse que nous avons signalée, nous rencontrerons des organes dentaires dont les racines seront de plus en plus égales, c'est vrai, mais présenteront ce fait typique, caractéristique que, même n'étant pas parvenues à calcification complète, elles porteront des stigmates de résorption sur toutes les faces, et dont le maximum se rencontrera toujours sur la racine postérieure. J'ai même constaté ce phénomène sur une dent à peine sortie du maxillaire.

A quoi donc tient ce phénomène de résorption inégal sur une même dent ? Purement et simplement à un phénomène évolutif particulier, résultant :

1° De l'accroissement en longueur du maxillaire et consécutivement à la formation de nouveaux germes dentaires dans la logette osseuse ;

2° A la projection en avant de ces germes dentaires qui pour faire leur évolution, leur éruption, ne peuvent effectuer ce mouvement qu'en chassant pour ainsi dire devant eux les organes qui leur font obstacle.

C'est une pression mécanique, c'est vrai, mais n'agissant pas par elle-même. Agissant au contraire par l'irritation osseuse et ligamenteuse produite sur la dent antérieure, laquelle fait subir la même pression à sa précédente, et de proche en proche voit sa terminaison s'effectuer sur la première molaire qui, elle, encore une fois présente le maximum de désordres.

C'est la théorie mécanique, qui, associée au processus alternatif d'ostéite raréfiante et condensante de Redier, vient à effectuer ce travail de destruction et de réparation, et cela sans le concours d'un organe absorbant, d'un organe fongiforme, d'un fongus en un mot ; car il n'y a pas place pour celui-ci entre les racines de ces dents et le septum qui les sépare. C'est cette irritation osseuse qui sans le concours d'aucun acide va résorber le tissu osseux, le ligament et le cément, occasionnant ainsi alternativement une déperdition osseuse remplacée par une réparation osseuse, lesquelles, en procédant par analogie, nous permettent non seulement de comprendre, mais encore d'admettre la théorie alternative d'ostéite raréfiante et condensante de Redier. Donc, chez le lamantin, nous constatons que l'éruption des dents, à l'encontre de ce qui se passe chez l'homme, s'effectue dans une *direction horizontale*, par conséquent dans une direction parallèle au corps des maxillaires. C'est une évolution que l'on peut définir comme s'effectuant exclusivement d'arrière en avant, *et, encore une fois, les organes qui viennent à tomber ont eu à traverser tout le maxillaire, laissant derrière eux, au point de vue histologique, des stigmates indélébiles de leur passage.*

Laissons de côté pour un instant la dent elle-même, et ne nous occupons que des maxillaires seuls, c'est-à-dire du tissu osseux. Que constatons-nous ?

Si nous examinons une section du maxillaire dans le sens de la hauteur, par une coupe embrassant la portion centrale de l'os en même temps que les faces vestibulaire et linguale, nous constatons sur cette coupe deux couches absolument distinctes. La portion principale comprenant la face linguale, et la portion alvéolaire seront représentées par du tissu osseux soit jeune, soit en voie d'ostéite raréfiante, suivant que nous aurons effectué notre section au niveau de l'alvéole de la racine antérieure ou au contraire au niveau de la racine postérieure. La partie moindre de cette coupe, c'est-à-dire celle composée par la face vestibulaire, restera toujours indemne, c'est-à-dire ne présentera que du tissu *osseux absolument normal*, n'ayant subi aucune altération.

Au lieu d'effectuer notre section dans le sens vestibulolingual, faisons-la dans le sens antéro-postérieur à peu près au milieu de la crête et sur un espace qu'occuperaient deux dents ; que constaterons-nous ?

Nous aurons affaire exclusivement à deux sortes de tissus osseux. En procédant à l'examen histologique d'arrière en avant, c'est-à-dire de la partie pharyngienne vers la partie labiale, nous rencontrerons une série d'enfoncements et de protubérances représentés par les alvéoles et le septum interradiculaire, lesquels sont représentés par du tissu osseux en voie de résorption (alvéole postérieur et moitié du septum), tissu osseux jeune (seconde moitié du septum et alvéole de la racine antérieure).

J'ai pris comme exemple le maxillaire inférieur, mais les mêmes phénomènes se produisent au maxillaire opposé et il est absolument inutile de donner une définition particulière de ce dernier.

L'examen histologique du maxillaire seul étant effectué, voyons maintenant les phénomènes que nous allons constater dans ce même maxillaire renfermant une des dents en voie de dégénérescence et prenons par exemple la troisième molaire antérieure sur une section antéro-postérieure.

Considérée dans son ensemble, cette dent présente, ainsi que je l'ai dit plus haut, une différence sensible de longueur entre la racine antérieure et la postérieure.

Cette dernière est notablement diminuée. Ses deux faces et sa portion apexienne sont déchiquetées, remplies de lacunes de Howship en tous points semblables à celles que l'on constate sur les dents humaines.

Ces trois parties, malgré leur déperdition de substance, sont en contact par endroits avec du tissu osseux jeune, par conséquent de néoformation. Dans d'autres places, on trouve des parties fibreuses, rappelant en tous points l'aspect histologique du ligament alvéolo-dentaire. Mais partout, aussi bien dans les lacunes de Howship, que dans le tissu ligamenteux, ou dans le tissu osseux jeune on rencontre des ***quantités énormes de cellules rondes,*** accompagnées, mais *très rarement,* par d'autres cellules beaucoup plus volumineuses.

La racine antérieure, elle, présente les mêmes phénomènes, mais cependant moins accentués.

Le ligament est plus nettement délimité. Le tissu osseux semble plus ancien. Et cependant on trouve encore des quantités de cellules rondes, petites, mais autant dire, aucune de plus grande taille.

Ces phénomènes s'accentuent au fur et à mesure que l'on se rapproche de la partie labiale et présentent le maximum d'intensité au niveau de la première molaire dont les racines n'existent plus. Ici, le phénomène d'ostéite raréfiante est unique et l'on ne trouve plus trace du ligament. On ne rencontre absolument que des lacunes de Howship en contact avec du tissu osseux en voie de résorption. Je n'ai pas une seule fois constaté de tissu de néoformation sur la dent elle-même, soit sur le cément, soit sur la dentine. *Cet organe semble effectuer sa traversée dans toute la longueur du maxillaire sans subir les alternatives de celui-ci,* c'est-à-dire le processus de destruction et de reconstruction. ***Il n'existe qu'un seul processus, c'est le processus destructif.***

Ce qu'il y a d'intéressant à signaler, c'est que sur des organes qui sont à peine sortis de l'alvéole, par conséquent sur des dents dont la calcification n'est pas complète, la portion apexienne n'étant pas fermée, j'ai déjà constaté des phénomènes de résorption très nette.

Ce que je viens de signaler pour le maxillaire inférieur se produit de même pour le maxillaire opposé. Il est donc inutile d'en donner une nouvelle définition.

Le fait sur lequel j'insiste tout particulièrement et qui corrobore absolument les observations d'Eichler, c'est que les cellules à myéloplaxes n'existent pour ainsi dire point et que les lacunes de Howship sont comblées presque exclusivement par des cellules rondes de tissu granuleux, et c'est à ce tissu granuleux seul, qui est en tous points semblable à celui que l'on rencontre dans le phénomène de l'ostéite simple, qu'il faut attribuer la fonte et la disparition du tissu osseux ainsi que du tissu dentaire.

Si je n'ai rien trouvé pour mes recherches, concernant le phénomène de résorption des dents du lamantin, il me faut cependant reconnaître que le merveilleux travail sur les lamantins de Hartlaub, de Brême, m'a été d'un grand secours dans la rédaction de ce mémoire. Hartlaub, en effet, sans s'occuper tout particulièrement de la dentition des Manati, a publié dans les *Zoologischen Jahrbüchern* de 1886, une bibliographie absolument consciencieuse dans laquelle j'ai largement puisé et qui m'a permis de me rendre compte que si, au point de vue de l'anatomie dentaire proprement dite, quelques auteurs s'étaient occupés de la question, aucun n'avait envisagé le processus de la résorption et du remplacement des dents de ce mammifère.

C'est avec très juste raison que Hartlaub s'étonne que, malgré le nombre considérable des travaux ayant trait à la dentition des lamantins (entre autres ceux de Cuvier, de Blainville, Stannius, Brandt, Krauss, Lepsius), personne n'ait cherché le pourquoi de cette dentition d'une abondance illimitée. Et c'est Krauss le premier qui entrevit la possibilité d'un mouvement en avant des arcades osseuses, sans pour cela, ajoute Hartlaub, l'expliquer d'une manière satisfaisante et en tirer des conclusions.

Il serait intéressant, dit-il, de savoir si les premières molaires ont évolué là où elles se trouvent, ou au contraire dans la logette osseuse et si, de là, elles n'ont pas été poussées en avant. A ceci je puis, grâce au fœtus de lamantin que j'ai en ma possession, répondre d'une façon précise. *Les premiers germes des molaires se rencontrent dans l'épaisseur même des maxillaires et la logette osseuse ne semble se développer qu'ultérieurement.*

On peut certainement être surpris de constater dans certains cas la chute de dents temporaires présentant tous les symptômes de la résorption sans que l'on puisse voir évoluer les germes permanents.

Il y a là un phénomène qu'il est assez difficile d'expliquer, mais que je vais cependant essayer de mettre au point.

A mon avis, pour cela il est nécessaire d'établir une sorte de tableau dans lequel les différents cas que l'on peut rencontrer seront étudiés.

1° Les dents temporaires sont tombées et n'ont pas été remplacées par les dents permanentes ;

2° Les dents temporaires sont restées en place sans que les dents permanentes soient sorties ;

3° Les dents temporaires sont restées en place et les dents permanentes ont fait leur évolution ;

4° Des dents *permanentes* sont tombées en présentant les mêmes phénomènes de résorption radiculaire que ceux présentés par les dents temporaires.

1°

Il n'est pas rare en effet de constater que des dents temporaires, au moment de leur chute naturelle, présentent tous les symptômes inhérents à cet acte, tombent en effet et ne sont pas remplacées par les dents permanentes.

Une seule cause semble pouvoir être considérée ici comme agent efficient : c'est l'arrêt de développement, l'ectopie dans le maxillaire de cette dent permanente par suite d'une direction vicieuse dans son évolution. Une fois que l'organe permanent se trouve pour ainsi dire immobilisé, l'irritation osseuse locale disparaît et tout rentre dans l'ordre. La dent temporaire a subi le contre-coup de cette irritation, elle est passée par toutes les phases ordinaires de la résorption radiculaire, elle est même tombée, mais, en règle générale, elle a mis plus de temps à effectuer cette chute qu'elle n'en met d'habitude par suite de la sorte de diminution qui existe dans l'irritation locale.

2°

Dans ce cas, il y a bien des chances pour que ce maintien en place résulte d'une atrophie du germe de la dent permanente, ou bien encore d'un ralentissement considérable dans son évolution, qui fait que l'on voit, quoique très rarement, des organes temporaires tomber 10, 15, 20 et même

30 ans après leur époque normale de chute par suite d'une sorte de réveil de l'organe sous-jacent.

Ici se trouve confirmée l'observation de Laforgue (1801) lorsqu'il dit : « Si cet appareil (le bouton charnu) n'a pas lieu au temps prévu par la nature, les dents de lait restent en place et celles de remplacement ne sortent point. »

3°

Semblable phénomène peut se rencontrer principalement pour les canines, lorsque l'on se trouve en présence de maxillaires larges dont les organes dentaires sont de dimensions relativement petites et séparés les uns des autres par des solutions de continuité, ce qui est pourtant très rare. En pareil cas les dents permanentes s'intercalent entre les dents temporaires, sur les crêtes des maxillaires, formant une arcade à courbure normale, mais changeant forcément les rapports interdentaires des maxillaires à l'état d'occlusion. Ou ces dents temporaires resteront indéfiniment en place, ce qui est assez rare, ou bien au contraire elles tendront à la longue à suivre le processus habituel de résorption et de chute, mais après de nombreuses années.

4°

Nous n'avons plus affaire ici au domaine exclusivement physiologique, mais à un phénomène qui peut être tantôt physiologique, tantôt pathologique.

Ou bien la dent permanente tombera par suite de la pression anormale d'une dent voisine, ou bien au contraire elle sera résorbée par un processus pathologique ayant presque toujours son point de départ dans une blessure du ligament.

Envisageons chacune de ces hypothèses. Le premier cas purement physiologique qui soit à notre connaissance a été relaté par Heider, de Vienne, en juillet 1862 dans le *Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde.* Robert Hulme dans le *Dental Cosmos* de 1864, page 452, cite le fait d'une deuxième grosse molaire supérieure dont les racines avaient été résorbées par la pression de la dent de sagesse. Hutchinson cite lui aussi le cas d'une deuxième grosse molaire supérieure tombée pour la même cause. On en trouve la relation dans le *British Journal of Dental Science* de 1874.

Hearidge, dans le *Journal of the British Dental Association* 1902, page 193, cite lui aussi un exemple de résorption cette fois de la dent de sagesse.

En 1903, mon excellent ami Sauvez me remit une deuxième grosse molaire supérieure présentant la disparition presque complète de la racine distale. Malheureusement cette pièce m'avait été remise sèche et je ne pus en tirer le parti que j'aurais désiré.

Enfin tout récemment un de mes anciens élèves, M. Duncombe, m'a fait parvenir deux pièces excessivement intéressantes représentées par une deuxième grosse molaire supérieure conservée dans un liquide fixateur, tandis que l'autre était inutilisable par suite de la fracture du flacon dans lequel elle baignait. En pareille occurrence il s'agissait d'une incisive latérale permanente supérieure droite dont la racine avait entièrement disparu.

A mon avis, pour tous les cas de grosse molaire (et il est intéressant de signaler la fréquence relative de celles-ci), on peut faire intervenir comme cause adjuvante l'irritation produite par la dent de sagesse. Dans le cas de l'incisive latérale, l'arcade étant au complet, un doute peut s'élever sur la cause de la résorption. Devant ce doute, l'examen radiographique du maxillaire n'ayant pas été effectué, je considère ce phénomène de résorption non plus comme physiologique, mais je le fais au contraire rentrer dans la pathologie.

Ainsi qu'on peut s'en rendre compte, nombreux sont les cas qui peuvent se présenter dans la pratique. Tous sont aussi intéressants les uns que les autres, et méritent d'attirer l'attention au point de vue, non seulement de l'orthopédie dentaire, mais de la régularité des arcades.

Mais il est un point de *pratique* sur lequel on ne saurait trop attirer l'attention, et qui est le suivant :

Pour conserver aux dents temporaires toute leur vitalité, pour faire que ces organes ne soient pas considérés comme des corps étrangers par l'organisme, pour qu'en un mot ces dents temporaires puissent tomber à l'époque fixée par la nature et être remplacées par des organes définitifs, il faut conserver à ces dents temporaires leur vitalité pulpaire. Et ceci ne peut s'effectuer qu'en donnant à ces organes les mêmes soins qu'aux organes permanents. En agissant ainsi, on réagit non seulement contre cette idée, malheureusement trop ancrée dans l'esprit du public, que, les dents de lait devant tomber, il est inutile de les soigner, mais encore on facilite l'évolution normale des dents permanentes qui peuvent, suivant les lois physiologiques, prendre la place qui leur est dévolue.

CONCLUSIONS.

De ce long mémoire on peut tirer les conclusions que le phénomène de la chute des dents de lait chez l'homme, si l'on se base sur ce qui se passe chez le lamantin, d'après mes recherches, est un phénomène purement physiologique occasionné par un processus alternatif d'ostéite raréfiante et condensante (Redier, Galippe et Malassez).

Pour que ce phénomène puisse s'effectuer normalement, il faut que l'intégrité de la pulpe soit parfaite (Robin) et enfin, pour terminer, je poserai de concert avec mon ami Frey, l'hypothèse suivante : dans la résorption des dents temporaires, on peut faire entrer en ligne de compte deux facteurs :

La pression mécanique de la dent permanente sous-jacente agit comme cause *occasionnelle,* laquelle amène un maximum d'action destructive qui agit sur la racine de la dent temporaire comme cause *efficiente* par la présence des petites cellules rondes de granulation, et cette évolution destructive serait fonction de l'élan vital de Bergson.

C'est, au résumé, la confirmation avec preuves à l'appui, basées sur mes recherches personnelles chez le lamantin, de la théorie de Redier, établie sur un processus alternatif d'ostéite raréfiante et condensante.

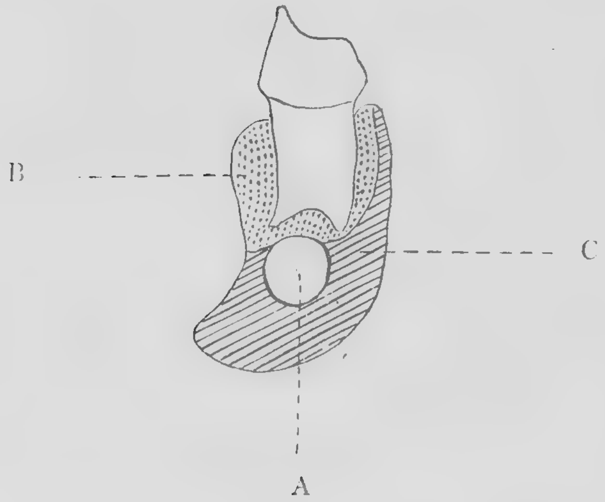
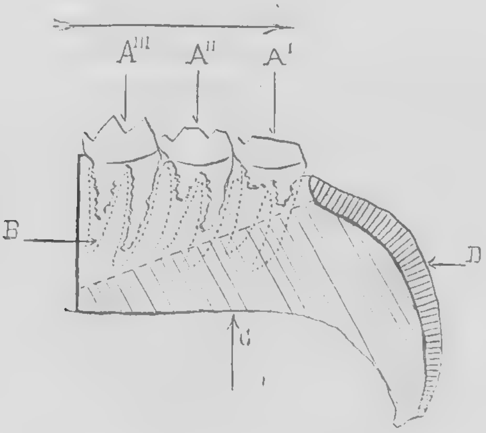
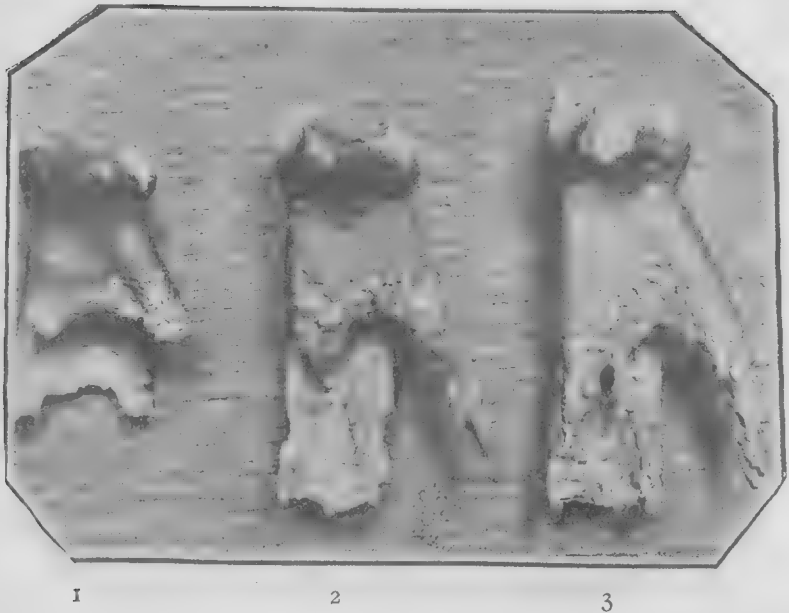


Figure schématique d'une section transversale du maxillaire inférieur de lamantin montrant en A le canal dentaire, en B la portion pointillée correspondant au tissu osseux résorbé et néoformé ultérieurement, en C (lignes parallèles) le tissu osseux ne subissant aucune modification.

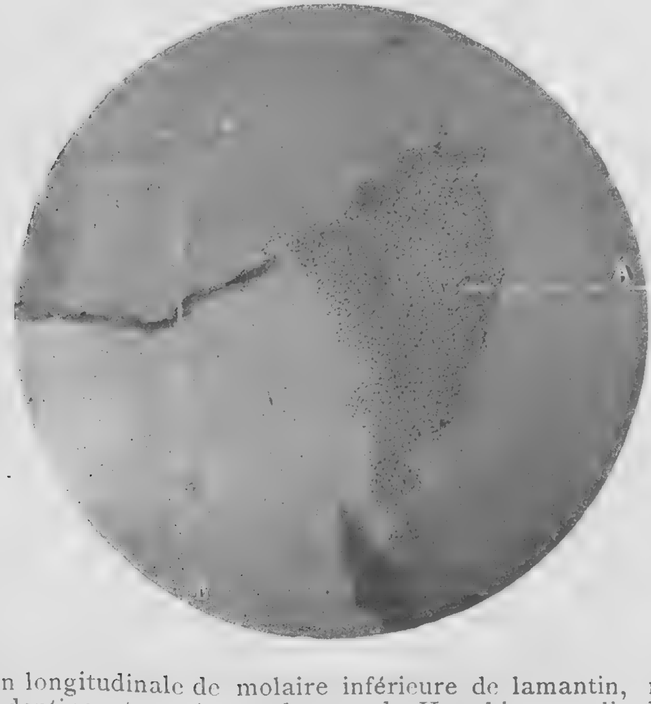


Portion labiale de maxillaire inférieur de lamantin supportant les trois premières molaires A′, A″, A‴, dont les racines sont de plus en plus résorbées, au fur et à mesure que l'on se rapproche de la lame cornée D.

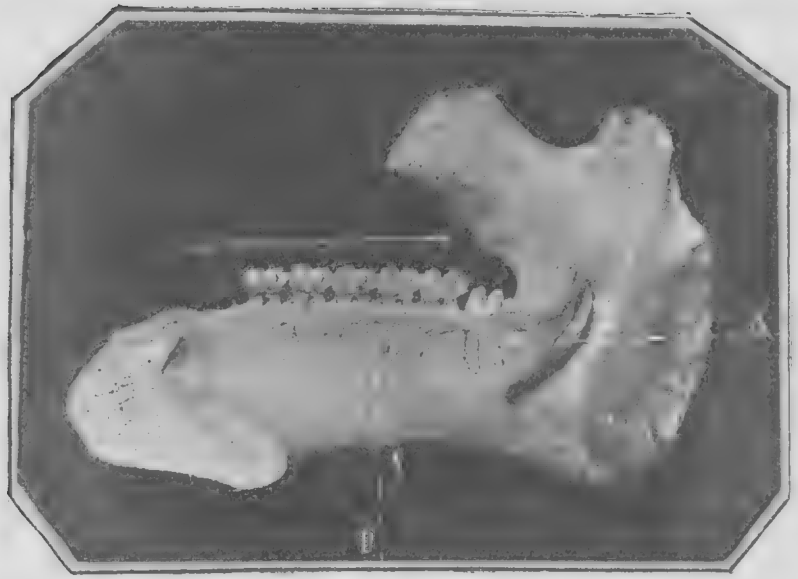
C. Portion de maxillaire ne subissant aucune modification. B. Pointillé indiquant la longueur primitive des racines.



2e, 3e et 4e molaires inférieures de lamantin vues par la face distale pour montrer les lacunes de Howship en même temps que la différence du processus de résorption sur la racine mésiale et sur la racine distale.



Section longitudinale de molaire inférieure de lamantin, montrant en B la dentine et en A une lacune de Howship remplie de petites cellules rondes.



Maxillaire inférieur de lamantin vu par la face linguale.
A. Logette osseuse.
B. Partie résorbée.
La flèche indique la direction que suivent les dents pendant la vie.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

P. Adloff, 1904. — Zur theorie des Mechanismus des Zahnwechsels.
Albarran, 1884. — Société de Biologie, Sur la résorption des dents temporaires.
Berten, 1900. — Das Stehenbleiben der Milchzähne, Seine Deutung und Bedeutung.
Brandt, 1890. — Lehrbuch der Zahnheilkunde.
Baume, 1877-1885. — Der Durchbruch der Zähne.
Buffon, 1765. — Les phoques, les morses et les lamantins.
Bunon, 1743. — Essai sur les maladies des dents.
Bourdet, 1786. — Recherches et observations sur toutes les parties de l'art du dentiste.
Blake, 1801. — Essay on the structure and formation of teeth in man.
Th. Bell, 1835. — The anatomy, physiology and diseases of the teeth.
Blandin, 1836. — Des dents.
Cuvier, 1809. — Sur l'ostéologie du lamantin.
Cuvier, 1810. — Des dents considérées sous le point de vue anatomique, physiologique et zoologique.
Cuvier, 1836. — Histoire naturelle des cétacés.
Cornil et Ranvier, 1884. — Histologie pathologique.
Henry Chase, 1867. — Absorption of deciduous teeth *(Dental Cosmos)*.
Colyer, 1893. — Diseases and injuries of the teeth.

CHABRY, 1887. — Rapports embryogéniques des deux dentitions.

J. H. COLLENS, 1883. — The Trinidad Manatee.

CRANE, 1881. — Notes on the habits of the Manatee.

CHAPMAN 1875. — Observations on the structure of the Manatee.

DEBIERRE et PRAVAZ, 1886. — Contribution à l'odontogénie.

DAUBENTON, 1765. — Description d'un lamantin de la Guyane.

DELABARRE, 1815. — Odontologie ou observations sur les dents humaines.

DELABARRE, 1819. — Traité de la seconde dentition.

ELLENBERGER et BAUME, 1892. — Ein Beitrag zur dem Kapitel Zahnretentionen und Zahnrudimente.

W. ELLIOTT, 1873. — Absorption of roots of permanent teeth *Dental Cosmos).*

EICHLER, 1891-1909. — Dentition in Scheff's Handbuch der Zahnheilkunde.

W. H. FLOWER, 1884. — Notes on the habits of the Manatee.

FLOWER, 1884. — Catalogue of the specimens illustrating the osteology and dentition of vertebrated animals.

FRICKE, 1868. — Beitrag zu den Erscheinungen des verspäteten Durchbruches der bleibenden Zähne.

J. FOX, 1803. — Natural history of the human teeth.

P. FAUCHARD, 1728. — 1re édition. Le chirurgien-dentiste.
— 1746. — 2e édition.

GERVAIS, 1836. — Article *Lamantin* du dictionnaire pittoresque d'histoire naturelle.

GYSI, 1898. — Ueber einen Fall beginnender Resorption eines retinierten Zahnes.

GIRAUDLY, 1736. — L'art de conserver les dents.

HUTCHINSON, 1874. — Absorption of the second molar by the advance of the wisdom tooth *(Dental Cosmos).*

JOHN HUNTER, 1778. — The natural history of the human teeth.

HARTLAUB, 1886. — Beiträge zur Kenntniss der Manatus-Arten.

R. HULME, 1864. — Inflammation and partial absorption of the fang of a second upper molar tooth *(Dental Cosmos).*

M. HEIDER, 1862. — Absorption des racines des dents permanentes.

W. JARVIE, 1877. — Absorption of roots *(Dental Cosmos).*

JESSEN, 1899. — Lehrbuch der praktischen Zahnheilkunde.

KEHRER, 1867-1870. — Ueber die Vorgänge beim Zahnwechsel.

KALLHARDT, 1904. — Beiträge zum Durchbruch der bleibenden Zähne.

KOLLIKER, 1873. — Die normale Resorption der Knochengewebe.

KRAUSS, 1858. — Beiträge zur Osteologie des surinam'schen Manatus.

LAFORGUE, 1810. — Dissolution des racines des dents de lait.

LAFORGUE, 1801. — Dix-sept articles relatifs aux maladies des dents.

LAFORGUE, 1801. — De la dissolution des dents des chevaux.

LETULLE, 1893. — L'inflammation.

LÉCLUSE, 1754. — Nouveaux éléments d'Odontologie.

LEMAIRE, 1822. — Traité sur les dents.

LUNIADTSCHEK, 1905. — Pathogenese und Therapie verlagerter Zähne.

LITCH, 1886. — American system of dentistry.

Lefoulon, 1841. — Nouveau traité théorique et pratique de l'art du dentiste.
Murie, 1880. — Further observations on the Manatee.
Miller, 1905. — Pathologische Prozesse an Zähnen ausserhalb der Mundhöhle.
Von Metnitz, 1891. — Lehrbuch der Zahnheilkunde.
— 1889. — Das Schwinden der Milchzahnwurzel.
Malassez et Galippe, 1887. — Etude sur la résorption des dents temporaires.
Magitot, 1882. — Mot *Dent* du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.
Maury, 1841. — Traité complet de l'art du dentiste.
B. Martin, 1679. — Dissertation sur les dents.
Miel, 1802. — Résorption des dents temporaires.
Th. Noack, 1880. — Lebende Manati.
Nessel, 1856. — Compendium der Zahnheilkunde.
R. Owen, 1840-1845. — Manatus.
Pouchet et Chabry, 1884. — Contribution à l'odontologie des mammifères.
Parreidt, 1887. — Vorzeitiger Durchbruch des ersten Malzahnes.
Plenk, 1778. — De morbis dentium et gingivarum.
J. Redier, 1881. — De la chute physiologique des dents de lait.
Rose, 1893. — Ueber der Verwachsung von retinierten Zähnen mit dem Kieferknochen.
Retzius, 1838. — Muller's Archiv.
P. Robin, 1899. — Sur le rôle de la mastication et du sac folliculaire dans l'ascension des dents.
Rousseau, 1839. — Anatomie comparée du système dentaire.
J. Scheff, 1909. — Retention Rudimentärzähne ; Verwachsung des Zahnbeines mit dem Knochen.
Schweinfurth, 1874. — Im Herzen von Afrika.
Stannius, 1846. — Beiträge zur Kenntniss des amerikanischen Manatus.
Siegmund, 1874. — Uber zu frühe Zahnbildung und Zahndurbruch.
H. Smith, 1903. — The histology and pathohistology of the teeth.
E. Sauvez, 1903. — Anatomie et physiologie de la bouche et des dents.
Sir W. Turner, 1888. — The fœtus of halicore duggong and of manatus senegalensis.
Trauenfels, 1901. — Mikroskopische Untersuchungen über die Resorption der Milchzähne.
J. Tomes, 1861. — Dental Anatomy.
Vogt et Specht, 1883. — Die Saügethiere in Wort und Bild.
Zuckerkandl, 1885. — Ueber Zahnretention.
Zipperlen, 1889. — Ein Lamantin, manatus americanus.
Woodward, ?. — On the succession and genesis of mammalian teeth *(Dental Record)*.
Williger, 1909. — Resorptions-Erscheinungen an einem retinierten Eckzahn.
Wedl, 1870. — Pathologie der Zähne.
Waldeyer, 1871. — Bau und Entwickelung der Zähne.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

V^e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Berlin 23-28 août 1909.

COMPTE RENDU

Par GEORGES VILLAIN, D. D. S.
Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

I. — La Fédération Dentaire Internationale.

1909 restera gravé profondément dans la mémoire de ceux qui aiment notre belle profession. Après le trentenaire de la fondation des sociétés dentaires françaises, cinquantenaire de la « Central Verein deutscher Zahnärzte », cette année fut couronnée par le « Great event » international, le Congrès de Berlin.

Certes il serait puéril de vouloir aujourd'hui mesurer la portée des discussions nombreuses provoquées au sein de ce tournoi odontologique, scientifique et technique. Il est légitime pour ceux qui eurent la chance d'y assister de dire que la moisson fut abondante et bonne. Mais, la conclusion immédiate que chacun peut en tirer, c'est que l'odontologie, en réunissant à Berlin 2.000 congressistes, a une fois de plus affirmé irréfutablement la nécessité absolue de son autonomie ; elle a, par sa marche ascendante et sûre, pris place au rang des sciences ; chacun se plaît à reconnaître aujourd'hui les services qu'elle rend et elle a conquis la confiance de tous ceux qui savent les services qu'elle est appelée à rendre.

Les pouvoirs publics dans le monde entier ayant enfin compris que c'était à l'odontologiste qu'il fallait s'adresser pour résoudre un des problèmes les plus importants de l'hygiène publique, les gouvernements commencent à donner à notre corps professionnel la place qu'il mérite dans la société.

Les preuves abondent de cette reconnaissance, tardive pour nous, mais certainement bien déconcertante quand même pour nos adversaires. Vous citerai-je le palais du Reichstag offert par le gouvernement allemand au V^e Congrès dentaire international pour y tenir ses assises ; une forte subvention de ce gouvernement et son concours pour l'installation de l'exposition ; la participation officielle d'un représentant de l'Empire et d'un représentant du ministère de l'Instruction publique allemand, qui sont venus demander au Congrès d'examiner les questions d'hygiène et d'enseignement et de prêter leur concours à leur application ; assurant les dentistes de l'appui de leur département respectif et les remerciant de tout ce qu'ils avaient fait et allaient faire pour la société tout entière ; la présence de délégués de nombreux gouvernements, le banquet offert aux congressistes par la municipalité de Berlin, les réceptions municipales et universitaires dans les grands centres, etc., etc. ?

Notre dévoué rédacteur en chef vous a déjà montré l'importance et les conséquences de cette réunion grandiose, je ne m'étendrai donc pas plus longuement sur ce sujet, mais avant de commencer le compte rendu de ce Congrès il me faut parler de la Fédération dentaire internationale dont la réunion fut le préambule du Congrès.

Je dois d'autant plus commencer par la Fédération que cette place conquise dans la société, nous la devons à la Fédération dentaire internationale : à elle revient l'honneur de la préparation, de la continuité et de la progression de ces Congrès dont elle est devenue la Commission permanente.

Née en France, la Fédération dentaire internationale n'y est malheureusement pas connue et appréciée comme elle le devrait, en raison des services qu'elle a rendus à notre profession.

A ceux qui l'ignorent, à ceux qui la méconnaissent, égarés qu'ils sont par la prose d'hommes que la polémique aveugle et qui regardent les actes grands et nobles avec je ne sais quelle basse jalousie, voyant en tout des atteintes à leurs petites personnalités, je demande de secouer leur indifférence et de venir en 1910 assister à sa prochaine réunion qui se tiendra à Paris.

Vous qui voulez méconnaître la F. D. I. parce qu'elle vous gêne dans vos projets, dans vos ambitions, dans vos œuvres de personnalité, vous enfin qui vous dites les défenseurs de l'odontologie et qui voulûtes ignorer sa plus grandiose manifestation, je vous plains et j'admire plus encore la Fédération qui travaille quand même pour vous, sans se soucier de votre ingratitude qu'elle regrette ou de votre partialité qui ne l'atteint pas.

A tous je veux crier que la F. D. I. vit, qu'elle travaille au bien commun.

Odontologistes français, sachez au moins que dans votre victoire récente, la F. D. I., par l'intermédiaire de sa filiale la F. D. N., joua un rôle important : c'est elle qui apporta l'argument décisif en jetant dans la balance le programme d'enseignement qu'elle avait élaboré dans ses réunions de Hanovre, de Genève, d'Amsterdam, adopté définitivement à Bruxelles et que présentèrent aux intéressés son président d'honneur M. Godon, et son président M. Sauvez.

C'est à la propagande de la F. D. I. que vous devez l'organisation des services dentaires dans l'armée, dans les écoles normales.

C'est à la F. D. I. que vous devrez demain les services dentaires dans les écoles, c'est d'elle et de la F. D. N. que vous pouvez attendre la réalisation de vos vœux et l'amélioration des réformes acquises.

Le V^e Congrès dentaire international devait s'ouvrir le lundi 23 août 1909. Le dimanche 22, à 9 heures du matin, dans le Palais du Reichstag, les membres du Conseil exécutif de la F. D. I. se réunissaient pour examiner une dernière fois les vœux ou propositions étudiés durant la période de cinq ans qui sépare ses congrès (deuxième période de la F. D. I.) et qui devaient être soumis à la discussion et à l'approbation du Congrès qui forme l'Assemblée générale de la Fédération.

J'assistais pour la seconde fois à une réunion de cette F. D. I., ce fut pour moi une grande joie immense que de me retrouver au milieu de ces vaillants que j'avais appris à comprendre, à connaître l'année précédente, et plus grande encore fut mon admiration pour ces hommes qui ne regardent pas aux sacrifices de toute sorte que leur imposent annuellement ces grands déplacements pour venir depuis dix ans travailler en commun pour notre profession, pour l'humanité.

Depuis dix ans ils sont sur la brèche, élaborant des programmes, veillant à leur exécution, préparant nos grandes assises internationales, semant partout les idées odontologiques, secouant les indifférences, dissipant les malentendus, groupant les individualités qui prennent confiance en elles-mêmes au contact de ces cœurs généreux dont l'altruisme n'a d'égal que la volonté de mener à bien une tâche ardue entre toutes. Tâche ardue, car elle est difficile celle de préparer puis de résoudre des problèmes dont les éléments forment la base d'intérêts particuliers, généraux, nationaux.

A voir ce Comité composé des hommes d'élite d'une profession, discuter sans que jamais il y ait tendance à polémique, à les voir user de diplomatie pour chercher un terrain d'entente commune et poursuivre leur but, évitant les obstacles qui risquent à chaque moment de compromettre la solidité de cet édifice indispensable au développement et à la considération de leur profession, l'admiration qu'ils provoquent devient de la vénération, car ils joignent à leur connaissance professionnelle des connaissances psychologiques et diplomatiques qui font d'eux des hommes supérieurs, des membres de cette phalange qui préparent la paix universelle par la création et l'entretien de relations internationales. Que toutes les professions aient leur Fédération internationale, qu'ainsi tous les hommes apprennent à se mieux connaître, à s'aimer et l'atelier, le laboratoire, le livre, deviendront les armes glorieuses de la paix, armes stimulant les énergies, excitant l'émulation de tous dans la voie du progrès et fortifiant l'humanité, au lieu de la décimer.

Voici, mes chers confrères, l'impression que j'éprouvais et que je transcris aussi fidèlement que possible, lorsque je me retrouvais parmi ceux des nôtres qui ont assumé cette noble tâche.

J'ai tant appris à les aimer ces hommes que je fus profondément affecté de ne pas voir au milieu d'eux une noble figure qui jamais ne se déroba à ces réunions où il apportait un esprit conciliant, une expérience mûrie, une belle intelligence, un grand cœur. Je veux parler d'Harlan que la mort nous ravit en mars dernier, et à la mémoire de qui M. Guy, d'Edimbourg, rendit hommage en ces termes : « C'est une profonde blessure ouverte au cœur de la F. D. I. Nous devons beaucoup à l'habileté, à l'intelligence de Harlan. C'était une figure sympathique, il avait le don de s'attirer l'amitié de tous. Disparu, son génie et sa grande personnalité resteront profondément gravés dans notre souvenir. Dans cette salle, au moment de commencer nos travaux, que cet ami nous manque ! Payons notre tribut d'admiration à celui que nous avons tous connu et apprécié comme un confrère loyal, un conseiller écouté et un ami sincère. »

⁂

Je ne puis mieux faire pour donner un aperçu de ce qui est l'œuvre de la F. D. I. que de citer quelques passages du discours de son président à l'ouverture de ses travaux à Berlin.

« Une brève esquisse suffira pour faire apprécier l'intérêt que présente ce groupement, les travaux qu'il réalise, les résultats qu'il obtient et pour montrer que notre F. D. I. est un puissant facteur de progrès scientifique, moral et social pour notre profession.

» Fille du troisième Congrès dentaire international de Paris en 1900, la F. D. I. mit à s'organiser les quatre années qui s'écoulèrent jusqu'au Congrès de Saint-Louis. Malgré le succès sans précédent du Congrès de Paris et le nombre considérable des sociétés qui y avaient adhéré, la F. D. I. se trouvait, au lendemain de l'heure d'enthousiasme du Congrès, réduite à quelques unités. Mais ces confrères qui, pour la plupart sont encore parmi nous, étaient de ceux qu'un dévouement indéfectible lie à leur profession et qui ont la joie tenace en la vitalité de l'œuvre qu'ils fondent.

» L'année suivante ils étaient en Angleterre et affirmaient à Londres, puis à Cambridge, dans la vieille Université, l'existence et l'activité de la F. D. I. La présidence de sir Michael Forster donnait une consécration scientifique à leurs travaux.

» Aussi la Commission d'enseignement, que dès cette heure notre ami Brophy présidait avec tant d'autorité et de savoir et dans laquelle déjà seize pays étaient représentés, put établir une discussion générale remarquable sur l'enseignement dentaire, et préciser les points spéciaux qui devaient être étudiés ultérieurement.

» En même temps le Conseil exécutif, alors composé de neuf membres[1], présidé par cet homme d'énergie tenace et cet habile administrateur qu'est notre président d'honneur, M. Godon, donnait des statuts et règlements à notre association.

» En 1902 à l'Institut Caroline, sous la présidence de R. Lindström, la F. D. I. à Stockholm continuait ses travaux. Les Gouvernements s'y intéressaient puisqu'ils envoyaient des délégués : tels l'Espagne, la Norvège, l'Italie.

» Le Conseil exécutif donnait ses soins à la préparation du prochain Congrès international. La Commission d'enseignement nous apportait alors sur les trois questions posées à Cambridge les résultats précieux d'une enquête mondiale : études préliminaires, composition, durée, ordre des études, enseignement médical en même temps que des notes sur la législation de l'enseignement dentaire.

» La Commission d'hygiène qui faisait ses débuts nous donnait le très remarquable rapport des D^rs^ Franck, Förberg et G. Cunningham, rapport qui, avec ses documents d'enquête, constitue encore aujourd'hui un élément précieux d'information.

» La F. D. I. en 1903 ouvrait ses travaux à l'Académie royale de Madrid sous la présidence du Ministre de l'Instruction publique. Cette fois la Commission d'enseignement soumettait à la discussion la question de l'enseignement technique et étudiait les rapports de haute valeur que les membres de la F. D. I. avaient déposés.

» En même temps on y précisait l'importante question des rapports de la F. D. I. avec les Congrès dentaires internationaux, le champ de travail s'agrandissait et on proposait une commission de nomenclature dentaire internationale.

» Avec le Congrès de Saint-Louis la période d'organisation était close, la F. D. I. avait participé à l'organisation de ce Congrès et affirmé à cet égard ses prérogatives.

» Le Congrès de Saint-Louis sanctionnait l'œuvre accomplie, rendait hommage à l'action utile de la F. D. I., lui donnait des statuts et un règlement définitif, décidant la création des commissions nouvelles de la presse et de la jurisprudence dentaires.

» En même temps de nouvelles études remarquables sur l'enseignement dentaire en Amérique nous étaient apportées et soulevaient d'intéressantes discussions.

» Un conseil exécutif de cinquante membres remplaçait l'ancien conseil de neuf membres, marquant par là le progrès considérable réalisé en ces quatre années d'organisation.

» Notre œuvre fut-elle digne de celle de nos prédécesseurs ou plutôt avons-nous continué avec le nouvel appoint d'énergie que nous donnait le nombre le même labeur que nous avions précédemment accompli ? Je le crois. La période de quatre années que nous venons de parcourir n'a pas été stérile.

---

[1] MM. Aguilar (Madrid), Cunningham (Cambridge), Förberg (Stockholm), Franck (Vienne), Godon (Paris), Grevers (Amsterdam), Haderup (Copenhague), Harlan (Chicago), Sauvez (Paris).

» N'avions-nous pas mis à notre tête l'homme éminent, le savant hors pair dont notre profession regrette encore la perte à cette heure et par qui la F. D. I., en créant le prix qui porte son nom, a marqué toute sa reconnaissance émue, le prof. Miller, qui présida à Hanovre nos premiers travaux ? Il ne pouvait que les orienter mieux encore vers ces choses qu'il avait tant à cœur : la formation intellectuelle des futurs dentistes, le souci des soins donnés à tous, la vulgarisation auprès de tous des indications nécessaires pour défendre ses dents contre les maladies qui les menacent. Ainsi se révélait dans la parole comme dans l'action cette haute intelligence doublée d'un grand cœur.

» Hanovre, Genève, Amsterdam, Bruxelles, chacune de ces étapes marque pour notre F. D. I. un nouveau progrès, et nous ne saurions dire où elle fut le plus cordialement accueillie, au palais Eynard, que la ville de Genève avait mis à notre disposition, à l'Université d'Amsterdam ou à la maison de médecine de Bruxelles. Partout les autorités civiles s'intéressaient à nos travaux et les sociétés dentaires du pays et de nombreux confrères y participaient. De plus en plus la F. D. I. voyait ainsi venir à elle l'élite de la profession dentaire.

» Signalons, pendant cette période, l'adhésion de la British Dental Association, de la Société odontologique de Porto-Alegre (Brésil), de la Société odontologique de l'Uruguay, de la Fédération dentaire belge, de la Société des dentistes de Hollande [1] en même temps que de nombreux membres libres s'inscrivaient parmi nous.

» La F. D. I., sous l'impulsion du nouveau Conseil exécutif continuait son œuvre d'organisation. Nos commissions se complétaient, à Saint-Louis, à Hanovre : la Commission des services dentaires dans l'armée et la marine était définitivement détachée de la Commission d'hygiène ; la Commission de jurisprudence dentaire et de déontologie était constituée ; la Commission de terminologie était créée à Genève, à Amsterdam et à Bruxelles était fondé le comité du prix international Miller.

» La Commission d'enseignement qui avait au début absorbé les énergies de la F. D. I. a continué activement ses travaux. Après avoir à Hanovre continué sa série d'enquêtes, elle entreprenait ce travail, aujourd'hui réalisé et dont la discussion occupa les trois dernières sessions, de donner à la profession dentaire un programme minimum et un programme idéal d'études, sur lequel déjà nos confrères en certains pays ont pu s'appuyer [2] pour obtenir des gouvernements des mesures plus équitables et un enseignement plus apte.

---

[1] Le nombre des pays représentés à la F. D. I. par des groupements professionnels nationaux (Fédérations dentaires nationales) est de vingt-six.

[2] En France, le programme idéal fut établi dans sa presque intégrité par le récent décret du 11 janvier 1909.

» La Commission d'hygiène, de son côté, mêlait à nos travaux sa note de solidarité et de bienfaisance. Sous son influence une propagande toujours plus étendue se fait en tous pays en faveur de l'hygiène dentaire et entraîne nos sociétés dentaires, les autorités municipales et les gouvernements. Ai-je besoin d'insister sur ces heureux effets dans le pays où nous sommes (Allemagne) et qui, le premier mit en lumière et en action l'hygiène dentaire ? Les points particuliers qui retinrent l'attention de la Commission furent la nécessité de rattacher la question de l'hygiène dentaire à celle de l'hygiène générale, la haute importance des soins à donner aux enfants, l'organisation de ces soins dans les cliniques dentaires scolaires, l'inspection dentaire à l'école, le devoir des autorités municipales ou autres d'intervenir pour favoriser cet effort, l'enseignement à donner aux maîtres[1] et aux enfants des soins élémentaires de la bouche et des dents, la diffusion dans le public des principes de l'hygiène dentaire.

» Une sous-commission était créée pour s'occuper de la brosse à dents, une autre sous-commission était chargée de présenter un livret dentaire scolaire. Au moment où la mort vint l'atteindre, notre regretté président Miller venait d'achever la brochure « le soin des dents » que la Commission d'hygiène lui avait demandée.

» La Commission de jurisprudence dentaire et de déontologie a indiqué, à Genève, sa méthode de travail en créant trois sous-commissions : l'une pour établir un Code de déontologie, l'autre pour chercher les moyens de combattre l'exercice illégal, la troisième pour réunir les lois qui réglementent la pratique dentaire dans les diverses nations. A Amsterdam et à Bruxelles, l'étude de ces questions a été commencée et quelques vœux ont été émis.

» La F. D. I., vous le voyez, dans les divers domaines qui intéressent la profession, a fait œuvre utile et féconde. La profession suit ses travaux ; les gouvernements s'y intéressent ; la science, l'hygiène en bénéficient.

» De tout cela le Conseil exécutif se réjouit ; ici il termine son œuvre ; mais c'est à la façon des semences gonflées de sève dans une pleine floraison de science, de fraternité, de solidarité, dont nos successeurs auront les fruits durables du progrès dans la paix. »

Ces discussions ont porté leur fruit, car elles avaient toutes été l'objet de vœux ou résolutions que le Conseil exécutif de la F. D. I. transmit aux fédérations nationales pour leur permettre de provoquer les réformes qui ont été réalisées un peu partout dans ces dernières années.

Le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris, en reconnaissance des services rendus par le Conseil exécutif de la F. D. I. à la profession en général et à l'odontologie française en particulier, a nommé récemment les 50 membres qui le composent membres honoraires du Groupement.

---

[1] En France le ministère de l'Instruction publique donna sur ce point satisfaction à la F. D. I. par la circulaire du 23 mars 1908, sur l'inspection et les soins dentaires dans les écoles normales.

Les membres des Commissions de la F. D. I. ont droit également à nos remercîments, car ils ont préparé un grand nombre de ces vœux et résolutions, dont nous publions les principaux, afin que tous puissent mieux apprécier l'œuvre accomplie.

VŒUX ET RÉSOLUTIONS DE LA COMMISSION D'ENSEIGNEMENT 1905-1909.

1906, Genève. — *La F. D. I. pense que des mesures doivent être prises pour faire comprendre à ceux qui sont chargés de l'enseignement préliminaire général de la jeunesse la nécessité de l'éducation de la main comme complément de l'éducation de l'esprit.*

Ceci trouve surtout son application auprès de ceux qui se destinent à la pratique de la chirurgie générale ou de la chirurgie dentaire.

Les écoles dentaires doivent porter sur leurs programmes la durée en jours et en heures des cours et démonstrations.

Le programme des études de médecine doit être modifié de façon à assurer l'enseignement des branches spéciales de l'art dentaire, pendant deux années au moins, à raison de 1.200 heures chacune, et ces études spéciales doivent être consacrées par un diplôme officiel de dentiste, après un sévère examen sur toutes les branches enseignées.

1907, Amsterdam. — *La F. D. I. pense que la pratique de l'art dentaire doit être confiée à ceux qui ont suivi les cours complets des études dentaires et obtenu un diplôme dentaire spécial.*

Après avoir entendu le rapport de M. Guérini, elle pense que, en Italie, en France, en Belgique, en Allemagne, en Hollande, en Autriche et aux Etats-Unis la possession d'un diplôme médical ne constitue pas une garantie de compétence pour pratiquer l'art dentaire.

1908, Bruxelles. — *En ce qui concerne le programme minimum d'études, la F. D. I. propose l'adoption du programme adopté l'année dernière, en y ajoutant les exercices sur l'appareil fantôme, en deuxième année, et la pathologie générale, en troisième année ; il se trouve donc ainsi conçu :*

Le programme se divise naturellement en : 1° Education préliminaire ; 2° Enseignement sur les sujets dentaires spéciaux ; 3° Enseignement sur les sujets généraux, c'est-à-dire ceux qui sont communs à la dentisterie, aux sciences, à la médecine ou à la chirurgie.

1° Education préliminaire. — Elle doit être identique à celle qui est nécessaire pour l'immatriculation des étudiants des Facultés des lettres, sciences, droit, théologie ou médecine ;

2° et 3° Les matières spéciales et générales de l'enseignement doivent être combinées dans un programme de quatre ans de la manière suivante :

Première année. — *Prothèse au laboratoire, travail mécanique, au moins 800 heures ; chimie (avec la métallurgie), 100 heures; travaux* *pratiques de chimie, 30 heures ; physique, 100 heures ; travaux pratiques de physique, 30 heures ; conférences et démonstrations d'anatomie humaine, 100 heures ; anatomie pratique, dissection, 200 heures.*

Deuxième année. — *Prothèse au laboratoire, 800 heures ; physiologie, 100 heures ; dissection, 400 heures ; mécanique dentaire, cours théorique et démonstrations, 100 heures ; exercices sur l'appareil fantôme, 100 heures.*

Troisième année. — *Prothèse au laboratoire, 600 heures ; anatomie et physiologie dentaires, humaines et comparées, 100 heures ; travaux pratiques à l'hôpital dentaire, comprenant : la dentisterie opératoire, la prothèse, l'orthodontie et l'anesthésie, 600 heures ; pathologie et chirurgie générales et chirurgie de la bouche et des parties voisines, 100 heures ; matière médicale et thérapeutique, 30 heures ; travaux pratiques d'histologie dentaire, 30 heures.*

Quatrième année. — *Travaux pratiques à l'hôpital dentaire, 960 heures ; prothèse dentaire et orthodontie, 200 heures ; pathologie et chirurgie dentaires, 100 heures.*

Proposition de l'adoption définitive du programme idéal approuvé l'année dernière et ainsi conçu :

Les conditions d'enseignement préliminaire sont les mêmes que dans le programme minimum.

Première année. — *Prothèse au laboratoire ; chimie, travaux pratiques de chimie ; physique ; travaux pratiques de physique ; biologie ; conférence et démonstrations d'anatomie humaine ; métallurgie dentaire.*

Deuxième année. — *Prothèse au laboratoire ; physiologie ; travaux pratiques d'histologie (comprenant l'embryologie) ; dissection ; principes et démonstrations de mécanique dentaire.*

Troisième année. — *Prothèse au laboratoire ; travaux pratiques à l'hôpital dentaire comprenant : la dentisterie opératoire, la clinique dentaire, la prothèse, la prothèse clinique, la clinique d'anesthésie, la clinique de pathologie et chirurgie buccales, l'orthodontie ; pathologie ; chirurgie générale et chirurgie spéciale de la bouche ; stage dans un hôpital de chirurgie générale ; pathologie générale et chirurgicale ; anatomie et physiologie dentaires, humaines et comparées.*

Quatrième année. — *Prothèse au laboratoire, travaux pratiques à l'hôpital dentaire : travaux pratiques d'histologie et de bactériologie dentaires ; chirurgie dentaire ; pathologie dentaire ; principes et pratique de pathologie interne ; stage dans un hôpital général de médecine ; matière médicale et thérapeutique générale ; matière médicale et thérapeutique dentaire.*

Cinquième année. — *Prothèse au laboratoire ; travaux pratiques à l'hôpital dentaire ; anesthésie ; prothèse chirurgicale ; hygiène dentaire ; bactériologie, radiologie et électro-thérapeutique ; jurisprudence dentaire.*

VŒUX ET RÉSOLUTIONS DE LA COMMISSION D'HYGIÈNE 1907-1909.

1906, GENÈVE. — *La F. D. I. est d'avis :*

1° Qu'il est de la plus haute importance pour le bien-être et la *santé des enfants, aussi bien que pour la culture de leur physique, que des instructions sur les meilleurs moyens de conserver ses dents soient données aux maîtres et aux élèves des écoles primaires;*

2° Qu'il est également très important que les dents de tous les enfants, surtout entre cinq et neuf ans, soient soigneusement inspectées par des chirurgiens-dentistes et qu'un traitement préventif ou curatif de la carie dentaire soit commencé le plus tôt possible.

3° Que les dents des enfants de parents pauvres soient inspectées et soignées par des chirurgiens-dentistes qualifiés, désignés et payés par les autorités municipales ou autres.

1° La F. D. I. considère qu'il est de son devoir de vulgariser l'art dentaire;

2° Elle pense que les meilleurs moyens pour y aboutir, outre l'instruction du peuple par la publication de brochures, se trouvent dans l'enseignement donné aux enfants dans les écoles, et les soins donnés à leurs dents dans les cliniques dentaires scolaires;

3° C'est pourquoi elle demande aux comités nationaux de se mettre en relations avec les sociétés dentaires ou autres corps compétents et de les grouper dans le but de toucher les autorités municipales quand les circonstances sont favorables, et de leur demander la création de cliniques dentaires municipales pour les enfants des écoles.

1907, AMSTERDAM. — *La F. D. I. adopte la brochure du professeur Miller sur « le soin des dents ».*

Elle considère comme une condition indispensable au succès des efforts qui seront faits ultérieurement en faveur de l'hygiène dentaire (fondation de cliniques scolaires, etc., etc.) de s'assurer l'appui efficace des Etats et des municipalités et de rattacher le mouvement en faveur de l'hygiène dentaire plus étroitement à l'organisation de l'hygiène générale et aux mesures prises dans ce domaine par les gouvernements.

1908, BRUXELLES. — *La F. D. I. constate avec satisfaction que le « Deutscher Verein fur Schulgesundheitspflege » (Société allemande pour l'hygiène scolaire), lors de son meeting de Darmstadt, a voté la résolution suivante que la Commission d'hygiène, se référant à ces votes de la session d'Amsterdam, présente comme conclusion additionnelle à ceux-ci, à l'adoption de la F. D. I.*

« La Société appelle l'attention des autorités communales et d'Etat sur l'utilité de donner leur appui officiel au mouvement tendant à assurer l'examen et le traitement des dents des enfants des écoles par des dentistes scolaires et à user de tous les moyens pour établir des cliniques dentaires scolaires. »

1° La F. D. I. prie le Congrès de Berlin de proclamer la valeur et l'importance du soin des dents des enfants et d'appuyer les efforts faits en Allemagne et dans les autres pays par divers dentistes et diverses municipalités, et de recommander ces organisations à l'adoption des autres pays du monde;

2° Elle proclame l'importance du soin des dents des soldats et des marins et l'importance qu'il y a à ce que ces soins soient exclusivement donnés par des personnes possédant un diplôme dentaire.

Elle décide de faire choisir par trois de ses membres un petit livret ou registre dentaire à présenter au Congrès dentaire international de Berlin, avec demande à ce Congrès d'en proposer l'emploi dans tous les pays sous les auspices des Sociétés dentaires nationales.

VŒUX ET RÉSOLUTIONS DE LA COMMISSION DE TERMINOLOGIE 1905-1909.

1908, BRUXELLES. — *La F. D. I. propose :*

1° L'adoption de la classification décimale et l'affiliation à l'Institut International de bibliographie ;

2° La création par les comités nationaux de bibliographies locales rédigées sur fiches et comprenant tous les articles d'intérêt dentaire paraissant dans le pays ;

3° La centralisation de ces fiches par un organisme international chargé de les tenir à la disposition de la masse des travailleurs.

VŒUX ET RÉSOLUTIONS DE LA COMMISSION DE JURISPRUDENCE DENTAIRE ET DE DÉONTOLOGIE 1905-1909.

1907, AMSTERDAM. — *La F. D. I.*

1° Propose de faire une compilation des lois des Etats de New-York et de Pensylvanie, et de la Suisse, lois les plus complètes et les plus homogènes concernant les pénalités pour l'exercice illégal ;

2° Recommande pour combattre l'exercice illégal tout ce qui peut contribuer à l'éducation dentaire du public (conférences, projections, brochures, etc., etc.);

3° Propose comme Code international de déontologie celui de la Société.

1908, BRUXELLES. — « *C'est seulement par l'organisation que nous pouvons obtenir un résultat dans notre lutte pour la répression de l'exercice illégal de l'art dentaire. Il y va de l'intérêt et de la dignité de chacun de nous, ainsi que du bien-être général, que les personnes non qualifiées ne puissent exercer la dentisterie. Pour que les mesures répressives ne deviennent pas oppressives, il est nécessaire que toutes les formes de l'opinion soient représentées ; pour que les mesures soient effectives, la surveillance des détails doit être complète ; pour qu'il en puisse résulter une réelle prohibition de la fraude, il faut qu'il y ait uniformité dans la compréhension et l'exécution des lois.*

» *Le moyen d'obtenir tout cela réside dans la formation de Sociétés sur les bases sus-mentionnées et nous proposons que leur formation soit entreprise dès maintenant, en laissant à l'initiative de ces Sociétés le soin de prendre leur place dans l'organisation gouvernementale de leurs pays respectifs, sur les bases fondamentales précitées.* »

1° C'est dans l'intérêt du public que l'Etat doit prohiber l'exercice de la dentisterie par toute personne qui n'a pas fait les études voulues et obtenu un diplôme de licence l'autorisant à pratiquer ;

2° Il est désirable qu'un médecin voulant pratiquer la dentisterie obtienne un diplôme dentaire en plus de son diplôme médical.

VŒUX DIVERS.

1906, GENÈVE. — *La F. D. I. prie les Comités nationaux de faire connaître officiellement à leurs gouvernements respectifs ses travaux, les résolutions qu'elle a adoptées, et de leur demander de réaliser une partie de cette œuvre dans la mesure où ils le jugent possible.*

⁂

A Berlin la F. D. I. n'est pas restée inactive ; ses commissions n'ont pas fonctionné, il est vrai, car elles avaient fusionné avec les sections du Congrès, mais son Conseil exécutif a tenu trois séances, les 22, 26 et 28 août.

Les deux premières furent consacrées à la préparation des vœux et résolutions à soumettre au Congrès. La fondation du prix Miller fut définitivement réglée et il fut décidé que ce prix serait attribué en 1910 lors de la session de Paris.

La question de l'exclusion des dentistes des congrès médicaux aboutit à une résolution que deux délégués reçurent mission de porter au Congrès de Budapest.

La création d'une commission de documentation et de bibliographie fut également décidée, ainsi que la formation d'un Comité international permanent d'hygiène dentaire.

Les fédérations dentaires de Colombie et de la Havane furent, sur leur demande, admises dans la F. D. I., ainsi qu'un certain nombre de dentistes à titre de membres réguliers ou associés aux commissions.

A l'issue du Congrès le nouveau Conseil exécutif tint sa première séance et procéda à l'élection de son bureau, qui est ainsi constitué :

Président : M. Paterson (Londres).

Vice-présidents : MM. Aguilar (Madrid), Brophy (Chicago), Francis Jean (Paris), Mummery (Londres), Walkhoff (Munich), Weiser (Vienne).

Secrétaire général : M. Schäffer-Stückert (Francfort-sur-Main).

Secrétaires adjoints : MM. Guy (Edimbourg), Guye (Genève), Lee Thorpe (Saint-Louis), Rojo (Mexico), Roy (Paris).

Trésorier : M. Rosenthal (Bruxelles).

Voilà, très résumés, les travaux que la F. D. I. prépara pendant cinq ans, pour les soumettre à l'approbation du Congrès ; ils représentent l'œuvre sociale accomplie par le grand groupement qui est en quelque sorte la synthèse de l'organisation professionnelle mondiale. Leur importance ne saurait échapper à personne, elle légitime l'admiration de tous ceux qui pensent avec loyauté et sincérité.

J'ai cru de mon devoir de vous en entretenir avant d'entreprendre le compte rendu du V^e Congrès dentaire international, parce que c'est aux séances de la F. D. I. que j'ai vécu les meilleures heures de mon séjour à Berlin, parce que je désire de tout cœur communiquer à mes confrères un peu de mon enthousiasme pour que toujours vive la F. D. I.

Si par ces quelques pages, que j'ai écrites avec le sentiment de l'accomplissement du plus doux des devoirs, j'ai réussi à en faire comprendre l'utilité à quelques confrères, ma joie sera profonde.

(A suivre.)

CONGRÈS DE LILLE

2-8 *août* 1909.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Section d'Odontologie.

COMPTE RENDU

Par J. PAILLIOTTIN,
Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

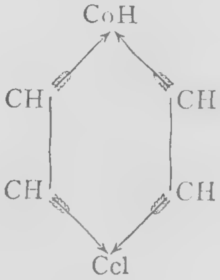
(Suite [1].)

M. CAVALIÉ. — EMPLOI DES PHÉNOLS CHLORÉS ET BROMÉS EN THÉRAPEUTIQUE DENTAIRE.

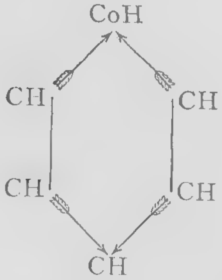
Le chlorophénol cristallisé rend des services appréciables en thérapeutique dentaire. On lui attribue des propriétés antiseptiques et analgésiques. Il est employé à l'étranger principalement pour le traitement des canaux dentaires, et n'est ni irritant, ni caustique.

Le chlorophénol cristallisé est un paramonochlorophénol ; il en existe un autre, isomère et liquide : c'est l'orthomonochlorophénol.

Leur formule est la suivante $C^6 H^4 OHcl$.



Para-mono-chloro-phénol cristallisé.



Ortho-mono-chloro-phénol liquide.

---

[1] V. *L'Odontologie* du 15 août 1909, p. 118 et du 30 août, p. 184.

Les deux phénols monochlorés jouissent de propriétés analogues ; mais l'orthomonochlorophénol est plus difficile à manier seul, parce qu'il est caustique. Il faut l'incorporer dans une pâte, tandis que le paramonochlorophénol cristallisé s'emploie facilement seul, ou associé avantageusement à la morphine.

Il est bon de faire précéder son emploi de l'introduction d'un peu d'alcool qui facilite la pénétration dans les canaux et dans les parois dentaires.

L'auteur a également pensé à faire usage d'un phénol bromé ; c'est le tribromophénol qui est un corps insoluble ; il le dissout par l'artifice suivant : on met cette substance en contact avec un peu de camphre ou de menthol ou de thymol pour obtenir une pâte non caustique et antiseptique.

Les chlorophénols et le tribromophénol donnent d'excellents résultats non seulement dans les pansements des canaux, sans crainte d'arthrite, mais encore dans les pansements des cavités cariées du deuxième degré (dentinites non pénétrantes).

M. Godon dit que la question des médicaments à employer pour le traitement des canaux est très importante, car on ne possède pas le médicament idéal qui serait capable de détruire les produits septiques sans avoir une action nocive sur les tissus péridentaires. Il pense que ces nouveaux agents, qui paraissent se rapprocher de ce desiderata seront les bienvenus, car jusqu'à présent ceux dont on disposait étaient trop caustiques. Il demande à M. Cavalié depuis quand il emploie ces substances, si on les a étudiées comparativement avec d'autres substances employées en art dentaire, au point de vue de leur pouvoir antiseptique, et s'il a des renseignements sur les modifications chimiques qu'elles déterminent.

M. Siffre dit que l'on a un magma putride dans les canaux. Comment agissent les médicaments que l'on met au contact de ces éléments infectés ? Sont-ce des vapeurs antiseptiques dégagées par le produit, ou bien est-ce la présence du médicament lui-même qui transforment ce milieu septique en un milieu aseptique ou tout au moins indifférent ? Il pense que ce sont souvent les matières qu'on introduit dans les canaux et se demande alors comment elles agissent.

M. Godon dit qu'un confrère qui avait préconisé le potassium pour la désinfection des canaux expliquant son action comparait le canal dentaire à un vase renfermant des produits d'ordre divers dans lequel il s'agit d'introduire un corps tel que, par des combinaisons chimiques, il transforme les produits initiaux en un corps stable et sans action nocive sur l'organisme.

M. Cavalié dit qu'il emploie et fait employer le tribromophénol à son école depuis le 1^er^ février 1907 ; ce produit est antiseptique et n'est pas du tout caustique. Il l'emploie concurremment avec le chloromophénol cristallisé dans les caries du deuxième degré, comme pierre de touche pour savoir s'il doit conserver la pulpe. Pour faciliter la diffusion du phénol, il lave d'abord la cavité avec de l'alcool à 85, qui dissout le tribromophénol lorsque celui-ci est associé au camphre, au menthol ou au thymol ; il laisse le pansement quelques jours et si les douleurs ont cessé, il ne dévitalise pas sa dent.

Dans les caries infectées, on peut, indifféremment, faire d'abord un nettoyage mécanique, ou ne pas le faire ; dans ce dernier cas on fait un pansement occlusif pendant un jour ou deux, puis on nettoie les canaux ; il est partisan pour ce nettoyage d'employer l'acide sulfurique, puis on lave à l'alcool et on met ensuite le tribromophénol à demeure pendant quelques jours.

Le pouvoir antiseptique de ce produit est considérable ; il fera en rentrant les expériences comparatives que lui demande M. Godon ; quant à décrire les réactions chimiques par lesquelles s'obtient la stérilisation des septiques, cela est excessivement difficile, sinon impossible. Il se produit des dissociations successives en nombre presque infini. On trouve, en effet, dans les canaux des dents infectées :

1° Des microbes pyogènes
- Streptocoques, staphylocoques.
- Diplocoques et pneumocoque (suppuration franche).
- Bacille de Kock (suppuration louche).

et certaines amibes, n'habitant pas les canaux, mais provenant de la cavité cariée.

2° Des microbes de la putréfaction
- Bactérium termo, bacillus nécrodentalis bacillus gangrenœ pulpœ (d'Arkovy).

3° Des spirilles.

Tous ces bacilles sont tantôt saprophytes, tantôt pyogènes ; tant qu'ils sont calmes, rien ne se passe ; quand ils sont irrités, ils deviennent pyogènes ; il faut donc les détruire, car ils ont dépassé les frontières, les défenses naturelles de l'organisme ; ils peuvent à un moment donné devenir dangereux. Or, chacun d'eux a une manière propre de réagir contre le médicament ; il est donc presque, sinon complètement impossible de décomposer et de décrire les phénomènes qui se passent alors. L'auteur est d'avis qu'on ne peut aseptiser que ce qui est dans le canal lui-même, mais qu'il est presque impossible d'atteindre l'infection siégeant dans l'épaisseur des parois radiculaires ; on peut obtenir une stérilisation partielle, pas une stérilisation totale.

M. Godon dit que le point important est celui-ci : il faut obtenir une stérilisation permanente telle que les phénomènes infectieux ne puissent se reproduire.

M Cavalié dit que le tribromophénol dégageant constamment du brôme entretient cette stérilisation approximative.

M. Maystadt est entièrement d'avis que la stérilisation complète et absolue de la dent est une chose impossible ; c'est pour cela que nous devons obturer nos canaux de façon à oblitérer les canalicules, afin d'éviter que l'infection, localisée dans l'épaisseur de la dent, ne puisse gagner l'apex.

M. CAVALIÉ. — APPAREIL POUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES DE L'ANGLE DE LA MACHOIRE.

L'auteur rappelle sommairement le cas qu'il a eu à traiter. Un homme d'environ 65 ans, tombe de voiture, les téguments du cou et de la joue sont sectionnés, le plancher de la bouche et la moitié de la langue sont déchirés ; la mandibule est fracturée au niveau de l'angle : c'est donc une fracture ouverte en deux endroits. Le professeur Pillard, appelé, fait la suture extérieure en laissant un petit drain, suture également la langue, mais ne fait pas la suture osseuse, car celle-ci, vu le siège de la fracture n'aurait pu empêcher le chevauchement. Un appareil de contention interne ne pouvait être appliqué, le trait de fracture passant tout contre la branche montante. Il fit une mentonnière en aluminium, emboîtant la mâchoire et coinçant les fragments en bonne position ; ensuite une gouttière en or coulé, réunissant les deux fragments à l'intérieur ; il souda deux tiges à la gouttière, en arrière du trait de fracture ; ces tiges sortent par les commissures et sont ensuite reliées à la mentonnière externe ; mais son appareil n'avait pas de stabilité ; il eut recours complémentairement à une fronde, munie d'élastiques qui maintenait le tout en place. La guérison fut obtenue en vingt-cinq jours ; dès le début, le malade qui ne pouvait parler, manger et bavait sans cesse, vit cesser ces troubles fonctionnels.

M. Godon demande si le fragment postérieur était très déplacé.

M. Gillet demande pourquoi on n'a pas fait la suture osseuse.

M. Cavalié répond qu'il n'y avait presque pas de déplacement et que la suture osseuse ne fut pas faite, parce qu'on a jugé qu'elle serait inefficace pour maintenir les fragments en bonne position ; du reste, dans beaucoup de cas traités par cette méthode, les résultats ont été peu favorables, le cal étant presque toujours vicieux.

M. CAVALIÉ. — KYSTES DENTAIRES.

L'auteur rappelle qu'au dernier congrès de stomatologie on lui a dit que l'apex s'enfonçait toujours dans la cavité kystique, celle-ci étant en rapport avec le canal radiculaire. Il y a deux grandes catégories de kystes : les *volumineux*, *apparents* et les *petits, non apparents*.

Dans les premiers, il n'a *jamais* trouvé de pénétration, sauf dans les cas de kystes dentigères ; il dit en avoir eu plusieurs en main, en montre un, et dit que la question est tranchée pour ceux-ci. Il invite du reste ses confrères, lorsque le cas se présentera, à énucléer les kystes en entier, après ablation de la paroi alvéolaire externe pour vérifier ce fait aussi souvent qu'ils en auront l'occasion.

Reste la question des petits kystes, que Malassez déclarait à juste raison être de nature épithéliale et Magitot .d'origine périostique. Quel est leur mode de formation et leur mode d'accroissement ?

1° Ils se développent toujours au voisinage d'une infection profonde, suppuration ou gangrène ; d'où l'opinion qu'ils sont des produits d'infection. Il s'agit de savoir si toujours le kyste est infecté ; or il n'est pas niable que certains kystes ne le sont pas, ils renferment un liquide stérile : s'ils communiquaient avec l'apex d'une dent infectée, ils le seraient toujours ; de plus, s'ils étaient produits directs de l'infection de la dent, ils siègeraient toujours à l'apex ; or nous en trouvons de latéraux qui n'ont aucun point d'implantation au niveau de l'apex. En 1907, lorsque M. Cavalié niait la communication de l'apex et du kyste, le dictionnaire de Gilbert n'était pas encore paru ; or le kyste est ainsi défini : tumeur constituée par une cavité close, enveloppée par un membrane de tissus conjonctif et épithélial. Pourquoi cette définition souffrirait-elle une exception en faveur des kystes dentaires, qui, si la communication avec l'extérieur par l'apex existait ne seraient plus des cavités closes.

2° La cavité kystique est bordée à l'intérieur par des cellules épithéliales ; dans l'épaisseur de la paroi, on trouve des fibres conjonctives, de la substance conjonctive amorphe, des microbes, des leucocytes, etc. Au niveau de la membrane basale, épithéliale on ne trouve plus de microbes, rien que des leucocytes ; ceux-ci ont pénétré jusque-là pour exercer à l'endroit du kyste une sorte de phagocytose, lorsque le kyste devient gênant par suite de son accroissement ; si l'envahissement des leucocytes est rapide, le kyste peut être résorbé ; sinon ces leucocytes, éloignés de leur liquide nourricier dégénèrent, se gonflent, leur protoplasma s'infiltre ; les noyaux entrent en kariolyse, puis se liquéfient par dégénérescence hydropique, après avoir fait subir le même sort à un certain nombre de cellules épithéliales.

Il ajoute en conclusion que les masses bourgeonnantes qui siègent au niveau de l'apex et viennent avec les racines avulsées qui sont en communication avec l'apex ne sont pas des kystes : ce sont des tumeurs de l'apex, des arthrites suppurées du sommet. C'est un processus de défense de l'organisme, une localisation de l'infection ; la constitution de ces granulômes a lieu par le même procédé que la formation des cavernes pulmonaires, ce sont des faux kystes, et si le kyste est vrai, il n'y aura jamais communication avec l'apex, sauf dans le cas ou, le dentiste aurait créé artificiellement cette ouverture avec une sonde.

M. Pailliottin dit que la magistrale leçon de M. Cavalié vient de faire faire un grand pas à cette question des kystes, qui était entourée d'obscurités de toutes sortes. On attribuait jusqu'ici le développement du kyste à une prolifération des cellules épithéliales internes qui se multipliant par karyokinèse finissaient par subir la dégénérescence hydropique par la pression qu'elles exerçaient les unes sur les autres ; ce point paraissait obscur, car on pouvait penser que ces cellules en pleine vitalité pouvaient plutôt faire céder l'os, plutôt que se détruire par suite de la résistance que les cellules osseuses pouvaient leur opposer. La production du liquide kystique s'explique mieux avec la théorie qui vient d'être exposée.

M. Godon exprime également sa satisfaction de voir différencier les kystes et les fongosités apexiennes.

M. Siffre se déclare très satisfait de la tournure que prend cette question si complexe des kystes et pense qu'il était fatal que l'on arrive aux conclusions de M. Cavalié. Les théories qui régissaient les kystes étaient le fait de maîtres anatomistes, mais non de cliniciens dentistes ; ceux-là ignoraient les symptômes que présentait la dent qu'ils examinaient : des dents qu'ils avaient en main pouvaient ne présenter aucune lésion apparente et cependant ils avaient affaire à ce que nous appelons une dent morte ; on a décrit des kystes latéraux et on disait que la communication avec le canal radiculaire se faisait au moyen des vaisseaux pulpaires, selon l'hypothèse d'Aguilhon de Sarran, mais cela ne peut en réalité être admis : il termine en félicitant chaleureusement M. Cavalié de ses travaux.

M. Gillet rapporte un cas qu'il a eu à traiter ; un kyste volumineux, siégeant au niveau de la fosse canine, chez un sujet de 14 ans, porteur de toutes ses dents ; certains voulaient que ce fut une tumeur ; la ponction exploratrice éclaira le diagnostic, par l'obtention d'un liquide riche en cholestérine ; l'auteur croit avoir eu affaire à un kyste folliculaire.

M. Cavalié dit que cela peut exister, ils sont alors d'origine congénitale ; tous les autres kystes sont d'origine infectieuse.

M. Tondeur dit que l'on aurait dû examiner la canine qui pouvait être une dent morte, bien que ne présentant pas de décoloration. On aurait dû faire un examen électrique ou bien un puits explorateur.

M. Cavalié. — La réforme des études dentaires.

L'Ecole dentaire de Bordeaux et la Faculté de cette ville ont nommé une commission chargée d'examiner, au point de vue de son fonctionnement, le décret du 11 janvier 1909. La première question avait trait au lieu où se ferait le stage.

A l'unanimité, on s'est rallié à l'idée que le stage devait être effectué dans les écoles ; il s'ensuit que celles-ci devront faire tout le possible pour établir et exécuter un programme de stage modèle, qui comprend deux parties connexes, mais différentes : la préparation scientifique, la préparation technique. L'examen de stage comprendra :

Une épreuve de modelage et dessin d'une ou plusieurs dents ; le modelage pourra peut-être s'apprendre chez le dentiste, mais il pense que le dessin des dents, des mâchoires, l'équilibre articulaire, de l'articulation, des mouvements des mâchoires s'apprendra là difficilement. La commission a pensé qu'il faudrait créer un enseignement de l'anatomie morphologique des dents, des arcades et des mâchoires dans leurs rapports respectifs.

La deuxième et la troisième épreuves portent sur la prothèse. La confection de l'appareil pourra s'apprendre empiriquement chez le praticien ; mais les théories nouvelles relatives à l'articulation par exemple, qui pourront être demandées à l'examen théorique ne pourront s'apprendre qu'à l'école, car cela nécessite un cours oral.

Les programmes pour la physique, la chimie, la métallurgie permettront aux examinateurs de poser des questions d'une force égale à celle que l'on pourrait poser à certains examens (mathématiques élémentaires par exemple). En fait, si les étudiants peuvent faire leur stage de prothèse pratique dans le laboratoire d'un dentiste, ils ne pourront trouver l'enseignement théorique qui leur sera nécessaire que dans les écoles.

La question de la scolarité est heureusement modifiée par la création des examens annuels et le dédoublement du troisième examen : cependant, il y a quelques lacunes, au deuxième examen, par exemple le futur dentiste doit être interrogé sur certaines manifestations de pathologie buccale (syphilis, tuberculose, certaines dermatoses, etc.), ce qui ne peut être fait si l'on s'en tient aux termes mêmes du décret qui dit : interrogations sur la séméiologie, l'auscultation, l'odontologie et l'hygiène de la bouche ; on doit demander l'adjonction de la pathologie buccale.

Il s'occupe ensuite de la question du mode de passation des examens, de validation de stage : il dit que dans les villes où il y aura beaucoup de stagiaires, s'il n'y a qu'un seul jury, celui-ci en aura pour des mois à faire passer ces examens, puisqu'une seule épreuve pourra durer 8 heures ; on sera amené à faire plusieurs jurys ; à Paris ce sera facile, mais ailleurs ? A Nantes, par exemple, qui s'en occupera, où les fera-t-on passer ? De plus, qui choisira les modèles sur lesquels se passeront ces épreuves, qui en préparera et en fournira les matériaux. Il entend bien que l'on pourra préparer un modèle type ; mais alors ceux qui seront chargés de le préparer pourront le faire exécuter d'un bout de l'année à l'autre par leurs élèves ; c'est au président du jury seul responsable, en réalité, de la correction des examens que ce soin devrait incomber. A côté de cela, se place la question des frais élevés que vont entraîner ces examens ; comment les écoles, si ce sont elles qui fournissent les matières premières vont-elles être rémunérées. Pour l'Ecole de Bordeaux, dépendant de l'Etat, ce sera simple : l'Université de Bordeaux mettra l'Etat en devoir de lui verser une certaine somme sur les droits qu'il touchera. Sinon elle ne fera pas de préparatifs et ne fera pas passer d'examens.

M. Godon félicite M. Cavalié d'avoir su convaincre la Faculté de Bordeaux et de l'avoir amenée aux vrais principes odontologiques. Il dit que les écoles de Paris ne sont pas non plus restées inactives et que dans le rapport fait à l'École dentaire de Paris par le Conseil du corps enseignant qui avait été consulté sur les modifications à apporter au programme d'études pour le mettre en accord avec les nouveaux décrets la traduction du mot odontologie est la suivante :

1° Etude des affections dentaires ;

2° Complications de voisinage de ces affections ;

3° Retentissement des affections générales sur la bouche et le système dentaire.

L'épreuve de modelage et de dessin des dents sera solutionnée par les cours que font MM. Blatter et Pailliottin aux élèves de première année de l'Ecole dentaire de Paris. L'enseignement donné par ces deux professeurs, les travaux pratiques de sculpture et de modelage exécutés sous leur direction ainsi que sous celle de M. G. Villain au laboratoire de prothèse prépareront admirablement les stagiaires sous ce rapport. Quant aux cours d'asepsie, d'antisepsie, de bactériologie, de chimie, de métallurgie, de mécanique appliquée, ils existent tous déjà, et leur programme n'aura besoin que d'être un peu étendu pour satisfaire à toutes les exigences. Cela sera d'autant plus facile qu'auparavant ces cours ne duraient qu'une année, tandis qu'ils en dureront maintenant deux. Il pense donc que l'enseignement du stage peut être organisé très facilement et que le programme n'est pas trop vaste. Mais il ajoute qu'il ne faut pas trop susciter d'ennuis à l'administration supérieure au sujet de ces examens, car ce serait le véritable moyen de compromettre le succès de ces réformes, qui sont un véritable triomphe odontologique.

M Siffre dit que l'Ecole odontechnique fait tout son possible pour organiser aussi parfaitement que possible l'enseignement nécessaire aux stagiaires ; il pense néanmoins que les écoles reconnues d'utilité publique devraient nommer une commission mixte chargée d'étudier la question au point de vue pécuniaire, soulevé par M. Cavalié.

M. Cavalié dit que la question d'une indemnité ne devra pas être posée par les écoles libres sous une forme impérative. L'Ecole de Bordeaux, dépendant de la Faculté, de l'Etat, en somme, peut le faire, mais non pas les écoles libres.

(A suivre)

NOUVELLES

Nous rappelons à nos lecteurs la *Mutuelle Médicale Française de Retraites*, œuvre purement philanthropique fondée par le Syndicat médical de l'arrondissement de Saumur, approuvée par arrêté ministériel du 10 mai 1900, patronnée par l'Association des médecins de Maine-et-Loire.

Elle s'étend à tous les médecins de France et à leurs femmes, et est destinée à donner à ses adhérents une retraite de droit et non de faveur, soit entière (après 50 ans d'âge et 20 ans de participation), soit proportionnelle (après 5 ans de participation) — dans tous les cas, la pratique médicale étant abandonnée, — pour une cotisation annuelle de 60 francs.

Au 1^er^ juin dernier, le nombre des sociétaires (hommes et femmes), s'élevait à 504, l'avoir social à 136.633 fr. 67.

La veuve d'un sociétaire (y ayant droit) est retraitée à 375 francs pour l'année 1909 ; un sociétaire infirme à 450 francs ; et une autre veuve de sociétaire à 600 francs.

S'adresser au secrétaire, D^r^ *Terrien*, Varennes-sur-Loire, pour tous renseignements.

29ᵉ ANNÉE. Nº 18 30 SEPTEMBRE 1909 VOL. XLII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES MALPOSITIONS MAXILLAIRES VERTICALES

(Par exagération de la distance naso-mentonnière.)

Par L. FREY, et B. DE NEVREZÉ,

Ancien interne des Hôpitaux de Paris,
Professeur à l'École dentaire de Paris,
Dentiste de l'Hospice de Bicêtre.

Ancien interne des Asiles de la Seine,
Ancien élève des Écoles de Philadelphie et de Chicago,
Assistant de la consultation dentaire de l'Hospice de Bicêtre.

(Mémoire présenté au Congrès de Berlin, août 1909.)

(Suite et fin [1].)

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE [2].

Pour fixer les idées, l'un de nous (*Revue de Stomatologie*, décembre 1908) a proposé le plan suivant que nous suivons avec profit pour la plus grande clarté, la plus grande précision et la plus grande concision de nos examens (Ci-joint le plan).

Nous diviserons les symptômes parallèlement à la pathogénie.

---

[1] V. *L'Odontologie* du 15 septembre 1909, p. 197.

[2] Généralités sur la terminologie. Définition des malpositions.

Par définition on appellera malposition simple une malposition qui existe quand les maxillaires présentent des déformations dans une seule des trois directions fondamentales : *frontale, sagittale, verticale* (Voir *Malpositions verticales simples*, nº 245, 79). Fig. 15 A et 15 B.

Les malpositions compliquées seront constituées par la combinaison de deux ou plusieurs malpositions simples. Par conséquent, pour définir d'une façon exacte et méthodique un cas d'orthodontie, quelque compliqué qu'il soit, il faut énoncer les trois directions systématiquement et les faire suivre de la malposition que le maxillaire présente dans ladite direction (Voir obs. nº 10, p. 269).

EXAMEN CLINIQUE D'UNE MALPOSITION SIMPLE OU COMPLIQUÉE DES MAXILLAIRES.

(Méthode de définition du Dr B. de NEVREZÉ. — *Revue de Stomatologie*, décembre 1908.)

Nom : Age : Profession :

1° *Sens frontal* (transversal).	A. Maxillaire supérieur[1].
	B. Mandibule[1].
2° *Sens sagittal* (sens antéro-postérieur).	A. Examen du profil facial $\frac{\text{haut}}{\text{bas}}$ avec[2].
	B. Occlusion des premières molaires supérieures et premières molaires inférieures... à droite[3]. à gauche[3].
3° *Sens vertical* (sens de la verticale).	A. Examen du profil facial (distance naso-mentonnière[4].
	B. Occlusion[5].
	C. Diduction mandibulaire.

---

[1] Noter la réduction ou l'exagération du diamètre intercanin, interprémolaire, intermolaire.

[2] Définir la situation des deux maxillaires par rapport au profil facial sous forme de fraction. Exemple : $\frac{\text{Rétrusion du haut}}{\text{bas normal.}}$ avec

[3] Noter s'il y a lieu si le rapport des premières molaires est $\frac{\text{mésio}}{\text{distal}}$, $\frac{\text{disto}}{\text{mésial}}$, $\frac{\text{bout}}{\text{bout.}}$ à

[4] Noter s'il y a lieu l'exagération ou la réduction de la distance naso-mentonnière

[5] Noter s'il y a lieu : l'infra-occlusion (intrusion) ou la supra-occlusion (extrusion) des dents dans les deux maxillaires.

OBSERVATION Nº 1[1] *(recueillie au Musée de l'hospice de Bicêtre. — Malposition verticale simple par exagération de la distance nasomentonnière (supra-occlusion généralisée fig. 3).*

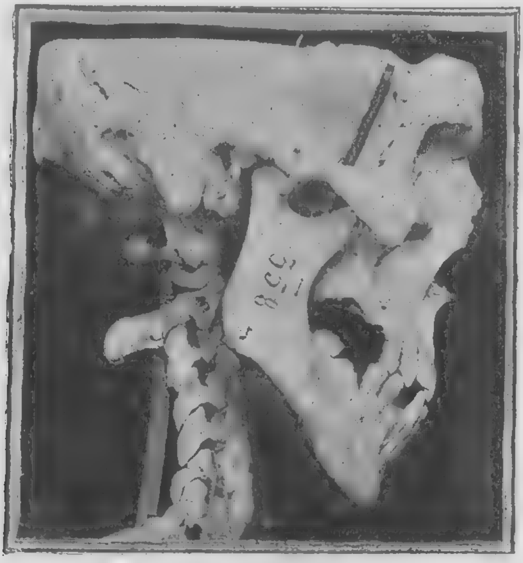


Fig. 3.

Sens frontal : Dolicocéphale, crâne réduit dans ses diamètres transversaux, voûte palatine profonde.

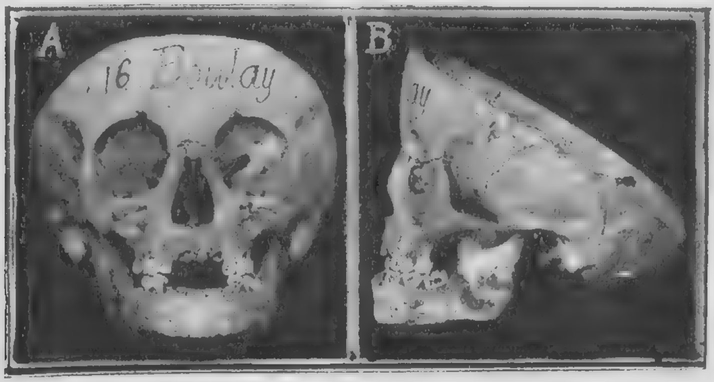


Fig. 4

Cette figure représente un squelette dont l'angle mandibulaire osseux peu être considéré comme normal.

---

[1] Ces observations n'ont pu être prises d'une façon complète ni au point de vue viscéral ni au point de vue cérébral. Elles n'ont pu être retrouvées dans les archives.

Sens sagittal : Rapport des molaires $\frac{\text{mésio}}{\text{distal.}}$

Sens vertical : Hypertrophie des procès alvéolaires supérieurs et inférieurs correspondant à une longueur anormale des dents. Angle mandibulaire très obtus ; en conclusion, il s'agit là d'une forme extrêmement rare par développement exagéré des procès alvéolaires en hauteur, qui correspond vraisemblablement à des organes dentaires très développés en longueur.

OBSERVATION N° 2 *(recueillie au Musée de l'hospice de Bicêtre. — Malposition verticale avec béance par atrophie alvéolaire supérieure et obtusisme mandibulaire, en partie compensée par une extrusion complète des incisives inférieures. Exagération de la distance naso-mentonnière.*

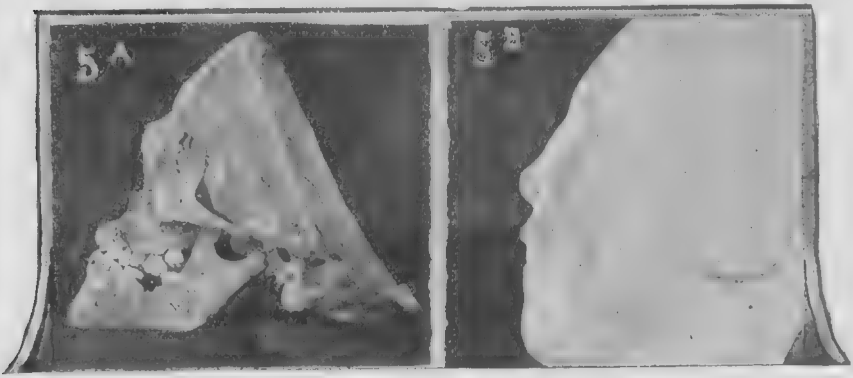


Fig. 5

Sens frontal : Normal, fissure congénitale de la voûte palatine.

Sens sagittal : Occlusion $\frac{\text{mésio}}{\text{distale.}}$

Sens vertical : Exagération de la distance naso-mentonnière. Obtusisme mandibulaire très prononcé, angle obtus. Infra-occlusion des incisives supérieures. Béance incisive partiellement compensée par l'extrusion complète des incisives inférieures.

En résumé, cette observation tire son intérêt à la fois de l'infra-occlusion, des incisives supérieures, du développement anormal de la mandibule dans sa portion alvéolaire, par suite de l'extrusion des dents et de l'infantilisme de mandibule. Le profil montre l'exagération de la distance naso-mentonnière et le squelette le siège de la lésion. (5 A et 5 B.)

OBSERVATION N° 3 *(recueillie au Musée de l'hospice de Bicêtre). — Malposition verticale compliquée de réduction frontale. Béance par* *angle anormalement obtus (obtusisme mandibulaire). Exagération de la distance naso-mentonnière* (fig. 6 A et 6 B).

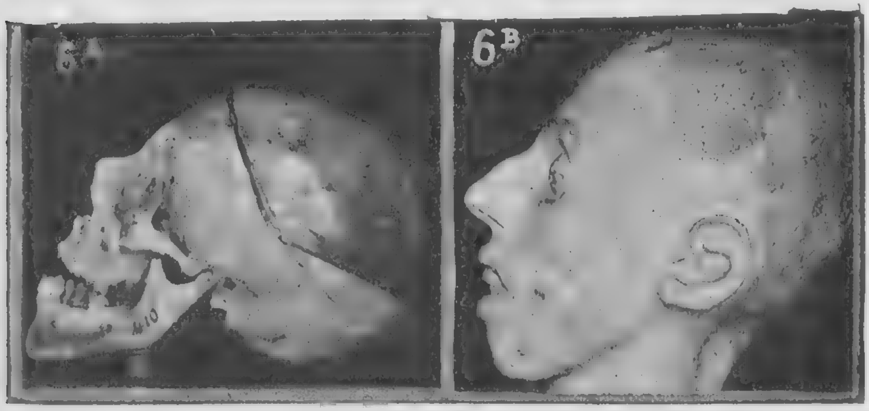


Fig. 6

Sens frontal : Haut : réduction supérieure intercanine. Voûte ogivale très profonde. Bas normal.

Sens sagittal :

$$\frac{\text{Haut normal}}{\text{légère protrusion du bas.}}\ \text{avec}\quad \text{Occlusion}\ \frac{\text{mésio}}{\text{distale}}\ \text{exagérée.}$$

Sens vertical : Béance des six dents antérieures. Obtusisme mandibulaire, angle maxillaire extrêmement obtus. La hauteur de la mandibule au niveau de la ligne médiane est considérable, elle semble avoir compensée dans une certaine mesure l'obliquité de la béance produite par l'angle du maxillaire trop obtus.

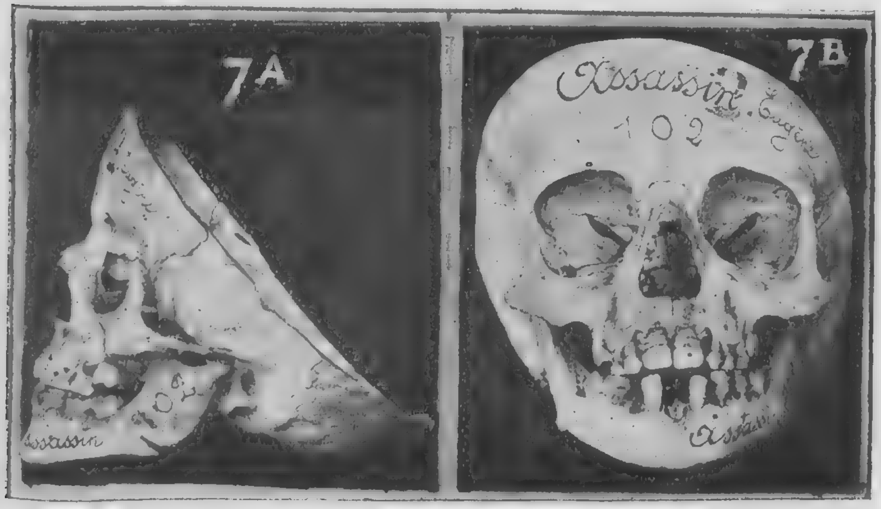


Fig. 7

OBSERVATION N° 4 *(recueillie au Musée de l'hospice de Bicêtre). — Malposition verticale compliquée de réduction frontale supérieure.*

Obtusisme mandibulaire. Exagération de la distance naso-mentonnière (fig. 7 A et 7 B).

Sens frontal : Haut : Réduction frontale au niveau du diamètre intercanin. Géantisme des incisives centrales supérieures ; les latérales ne pouvant prendre leur place restent incluses. Il n'y a pas de place pour les canines. Bas normal.

Sens sagittal : $\dfrac{\text{Haut normal}}{\text{légère protrusion du bas.}}$ avec

Sens vertical : Obtusisme mandibulaire. Distance naso-mentonnière très exagérée. Béance des 6 dents antérieures. Extrusion compensatrice des incisives inférieures et des deux molaires de lait inférieures dont les racines sont anormalement sorties.

Observation n° 5 *(recueillie au Musée de l'hospice de Bicêtre. — Malposition verticale simple (obtusisme mandibulaire, angle anormalement obtus. Exagération de la distance naso-mentonnière* (fig. 8 A et B).

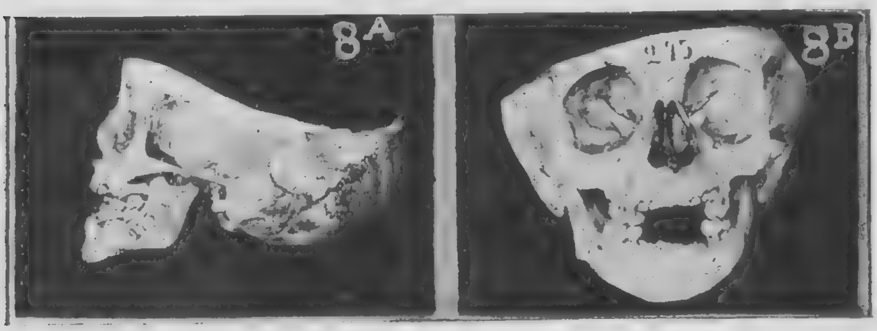


Fig. 8

Sens frontal : Normal.
Sens sagittal : Normal.
Sens vertical : Angle mandibulaire obtus, forme infantile.

Observation n° 6 *(recueillie au Musée de l'hospice de Bicêtre. — Malposition verticale compliquée. (Béance par double lésion.) Exagération de la distance naso-mentonnière.*

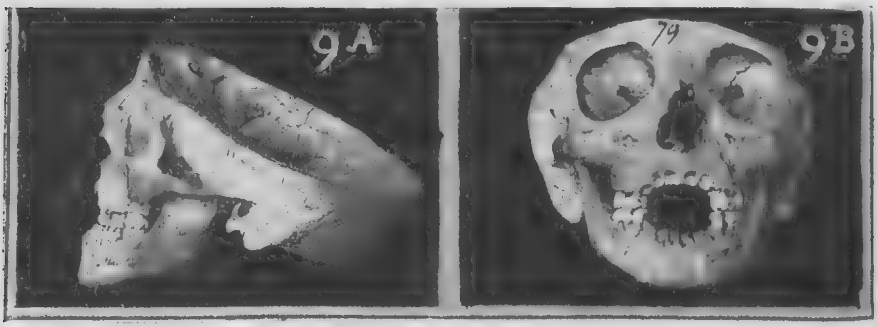


Fig. 9

a) Obtusisme mandibulaire.
b) Infra-occlusion des incisives supérieures (fig. 9 A et B).

Sens frontal : Normal.

Sens sagittal : Rapport des molaires $\frac{\text{mésio}}{\text{distal.}}$

Sens vertical : Atrophie du procès alvéolaire en haut, béance incisive. Obtusisme mandibulaire.

Observation n° 7 *(recueillie au Musée de l'hospice de Bicêtre). — Malposition verticale compliquée de réduction frontale supérieure. (Béance partiellement compensée par l'extrusion des incisives inférieures.) Exagération de la distance naso-mentonnière.*

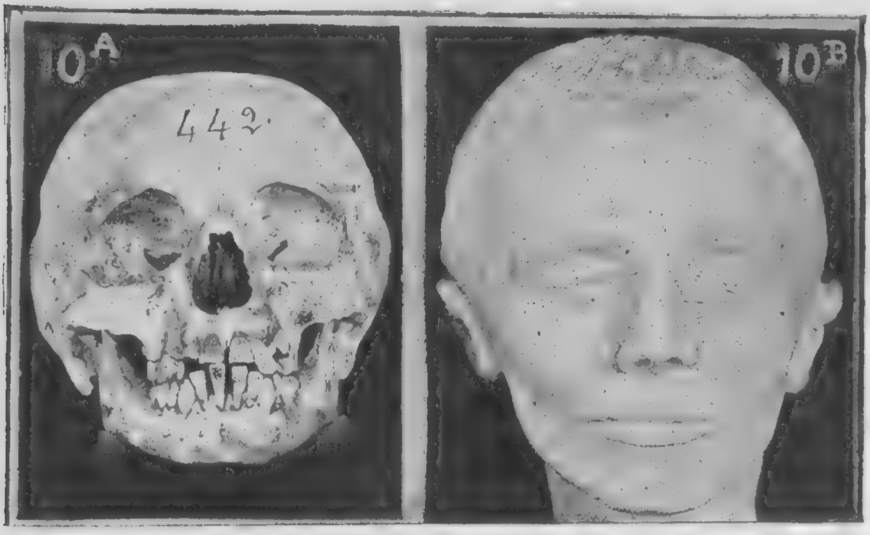


Fig. 10

Sens frontal : 1° Haut : Réduction intercanine. Voûte normale. Cloison nasale normale ;

2° Bas : Normal.

Sens sagittal : Antéversion des couronnes des incisives supérieures en éventail par suçage du pouce.

Sens vertical : Légère béance des incisives compensée par l'extrusion des incisives inférieures.

Observation n° 8 *(recueillie au Musée de l'hospice de Bicêtre. — Malocclusion verticale compensée (Légère béance incisive et prémolaire par infantilisme mandibulaire avec angle très obtus). Compensation de la béance complètement accomplie par abrasion des molaires, par extrusion partielle des incisives inférieures. Légère exagération de la distance naso-mentonnière* (fig. 11 A et B).

Sens frontal : Incisives supérieures et inférieures espacées.

Sens sagittal : Antéversion des incisives supérieures et inférieures.

Sens vertical : Forme infantile de la mandibule. Malocclusion béante compensée :

1° Réduction des cuspides des molaires dont la couronne se trouve abrasée dans son 1/3 occlusal en haut, et surtout en bas ;

2° Extrusion des incisives inférieures, sans extrusion des incisives supérieures.

Le plan d'occlusion des molaires supérieures et celui des molaires inférieures forment un angle aigu ouvert en avant. Malgré la compensation, il existe encore une légère béance, entre les incisives centrales supérieures et inférieures.

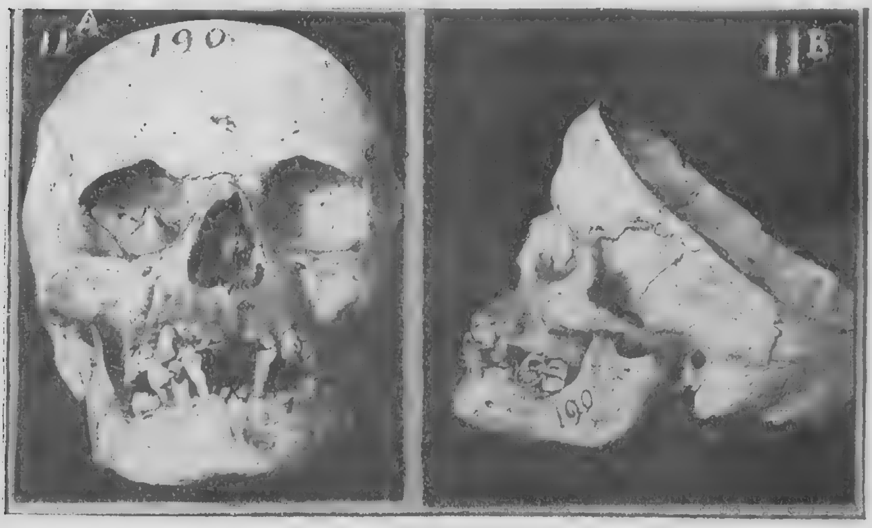


Fig. 11

Observation n° 9 *(recueillie au Musée de l'hospice de Bicêtre). — Malocclusion verticale (Béance incisive par obtusisme mandibulaire compensée par l'extrusion incomplète des dents temporaires inférieures). Exagération de la distance naso-mentonnière* (fig. 12 A et B).

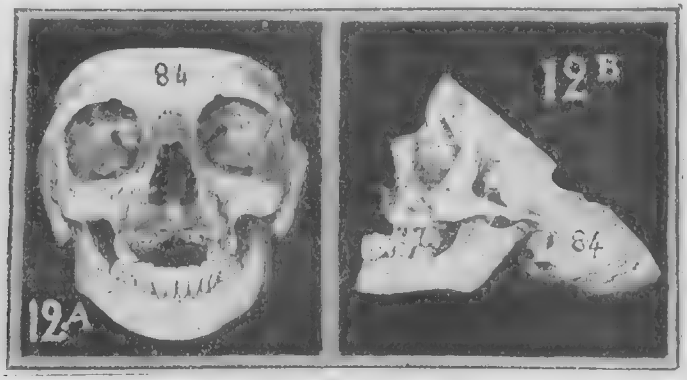


Fig. 12

Sens frontal : Haut : Légère réduction frontale. Les incisives latérales supérieures et les canines supérieures permanentes sont encore incluses malgré l'âge du sujet (11 ans). Les centrales seules ont évolué. Bas : Normal.

Sens sagittal : Rapport $\frac{\text{mésio}}{\text{distal}}$ normal.

Sens vertical : Béance incisive. Extrusion partielle des incisives temporaires inférieures compensant la béance dans une certaine mesure. Abrasion des molaires temporaires inférieures. Angle anormalement obtus. Infantilisme mandibulaire.

Observation n° 10. — *(Voir pour l'étiologie page 211, observation 3 et pour le traitement page 279 et page 280.) Malposition verticale compliquée dans les sens frontal et sagittal. Exagération de la distance naso-mentonnière.*

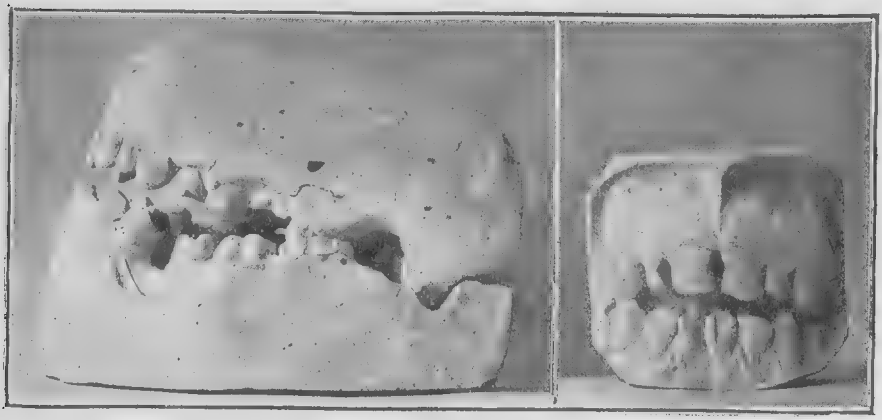


Fig. 13

Sens frontal : Haut : Réduction frontale supérieure du diamètre intercanin. Bas : Mandibule, légère exagération du diamètre interprémolaire et intermolaire.

Sens sagittal : A. $\frac{\text{Rétrusion du haut}}{\text{prognathisme du bas.}}$ avec

1° *A droite :* exagération du diamètre sagittal par hiatus entre la canine et la première prémolaire inférieure ;

2° *A gauche :* même hiatus entre la première et la deuxième prémolaire inférieure.

B. Occlusion : rapport $\frac{\text{mésio}}{\text{distal}}$ un peu exagéré. Troisième classe d'Angle.

Sens vertical : Béance des douze dents antérieures, par infantilisme mandibulaire et angle anormalement obtus, pas de compensation. L'occlusion se fait uniquement entre les deuxièmes molaires supérieures et inférieures.

En résumé, il s'agit d'un rachitique (courbure des tibias à concavité interne considérable) dont la lésion mandibulaire (angle anormalement obtus) a empêché tout contact occlusal sauf entre les deuxièmes grosses molaires et qui s'est compliquée successivement d'une atrésie supérieure et d'un prognathisme inférieur. L'évolution fut progressive et la béance s'accentua au fur et à mesure de l'éruption des premières molaires, puis des deuxièmes molaires permanentes.

EVOLUTION.

La symptomatologie des malocclusions verticales par infantilisme mandibulaire rachitique avec angle anormalement obtus (obtusisme mandibulaire), nous montre que l'évolution de ces cas présente trois phases distinctes :

1° *Période de début* correspondant à l'éruption des premières molaires ; la béance des incisives se manifeste, mais les prémolaires supérieures et inférieures peuvent en général se mettre en occlusion (cas peu prononcé).

Les troubles fonctionnels sont la plupart du temps si peu accentués qu'ils passent le plus souvent inaperçus du malade ;

2° *Période d'aggravation* correspondant à l'éruption des deuxièmes grosses molaires ; l'ouverture mandibulaire s'accentue au fur et à mesure de la sortie des couronnes des deuxièmes molaires, la béance augmente progressivement entre les six dents antérieures, puis entre les dix dents antérieures, puis entre les douze dents antérieures, si bien que l'occlusion n'existe plus qu'entre les deuxièmes grosses molaires supérieures et inférieures. *Cette phase est essentiellement progressive.*

La béance incisive est d'autant plus considérable que l'angle formé par la branche montante et la branche horizontale est plus obtus. Il y a proportionnalité entre l'ouverture de l'angle mandibulaire et la béance de l'occlusion, en même temps qu'exagération progressive de la distance naso-mentonnière. Chez une malade de l'un de nous, la béance était d'abord à peine perceptible, elle empêchait seulement la section d'un fil ; plus tard, après l'éruption des dents de sagesse, la béance s'exagéra au point d'empêcher de râcler les incisives avec les feuilles d'artichaut ;

3° *Période de compensation.* Elle diffère suivant que les cas sont *peu* ou *très* accentués.

a) *Dans les cas de béance peu prononcée,* il peut se manifester au niveau de diverses dents, particulièrement des inférieures, des mouvements de compensation.

L'extrusion des incisives inférieures est la règle chez les sujets dont le tissu osseux est encore peu dense[1], élastique et malléable (rachitiques, tuberculeux, scrofuleux).

La compensation peut se produire par l'extrusion des incisives inférieures entraînant avec elles leurs procès alvéolaires comme dans l'observation, n° 3, n° 4. L'extrusion se fait dans ce cas d'une façon complète, la dent entraînant toujours son alvéole avec elle.

b) *Dans les cas de béance très accusée,* c'est-à-dire avec angle du maxillaire très obtus, la compensation est si lente à obtenir et si rare que des auteurs aussi compétents que Case et Angle ont affirmé que l'extrusion dans ces cas ne s'observait jamais (*Traité d'orthopédie dento-faciale* de Calvin, Case, chapitre VII).

Néanmoins, cette compensation même dans un âge avancé s'opère de la façon suivante :

1° Par une abrasion mécanique de la face occlusale des molaires supérieures et inférieures dont les cuspides s'usent progressivement les uns contre les autres. Il y a donc réduction de la hauteur des couronnes des molaires et affaissement de l'occlusion ;

2° Par une extrusion presque toujours incomplète (l'alvéole n'étant pas entraîné avec sa dent[2]) des incisives inférieures et même des prémolaires.

C'est le cas de fig. 11 de l'observation n° 8 qui est un modèle unique et le premier publié dans cet ordre d'idée.

DÉDUCTION THÉRAPEUTIQUE. — Au point de vue thérapeutique, dans les cas de béance prononcée avec angle mandibulaire très obtus, il devient donc légitime, en suivant le processus naturel de compensation, de déterminer l'abrasion chirurgicale de tout ou partie des couronnes des molaires et de donner aux patients atteints de cette difformité, le maximum de surface masticatrice. On obtient de plus l'occlusion des incisives supérieures et inférieures entre elles si bien que l'amélioration esthétique du profil accompagne toujours l'amélioration de la fonction masticatrice.

---

[1] Voir de NEVREZÉ, *Odontologie*, déc. 1908, extrusion complète et incomplète. Voir les remarques de de Nevrezé sur l'extrusion.

[2] Voir *Odontologie,* déc. 1908. Dr de Nevrezé.

C'est ainsi qu'il nous a été donné de traiter le cas Und.. , Obs. 3. Voir plus haut, p. 210, *Théorie rachitique.*

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC.

Nous étudierons successivement :

1° Le diagnostic positif ;
2° Le diagnostic rétrospectif après compensation ;
3° Le diagnostic étiologique ;
4° Le diagnostic thérapeutique.

1° *Diagnostic positif et différentiel.*

Il est basé :

1° Sur l'examen du profil facial dans le sens vertical ;
2° Sur l'examen de l'occlusion.

Chaque fois, en effet qu'on considèrera un profil, on devra toujours examiner la distance naso-mentonnière et apprécier approximativement cette longueur qui, normalement, représente le tiers de la hauteur du profil dans le sens vertical.

Lorsque la distance naso-mentonnière semble exagérée, on devra toujours penser, malgré sa rareté, à la supra-occlusion généralisée sans béance (Frey et de Nevrezé) caractérisée, comme nous l'avons décrite plus haut, par un accroissement considérable de toutes les alvéoles dans le *sens vertical* (géantisme dentaire). (Voir fig. 3 observ. n° 1).

Mais le profil ne peut à lui seul suffire à établir un diagnostic il faut examiner l'occlusion.

C'est ainsi que dans la supra-occlusion, il n'existe pas de béance, alors que dans l'infantilisme mandibulaire avec angle anormalement obtus cette béance est presque toujours la règle, à moins de compensation.

La béance n'est qu'un syndrome commun à plusieurs lésions différentes au point de vue étiologique :

1° *Béances par infra-occlusion* ne présentant pas d'exagération de la distance naso-mentonnière.

a) Béance des incisives supérieures (n° 10).

b) Béance des incisives inférieures.

c) La béance des incisives supérieures et inférieures (observ. n° 11).

OBSERVATION N° 11 *(recueillie au Musée de l'hospice de Bicêtre). — Hypoplasie : Malposition verticale simple, béance incisive par infra-occlusion des incisives supérieures et inférieures ; les autres sens normaux* (fig. 15).

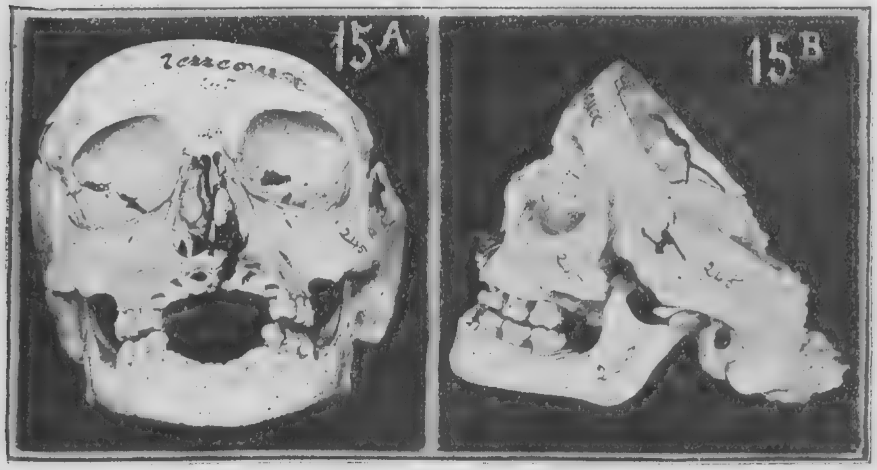


Fig. 15

Sens frontal : Normal, suture du maxillaire supérieur, non ossifié.

Sens sagittal : Rapport des premières molaires $\frac{\text{mésio}}{\text{distal}}$ normal.

Sens vertical : Les alvéoles des incisives sont les alvéoles permanentes. Les alvéoles des canines sont temporaires. Béance incisive considérable. Atrophie de l'os incisif supérieur. Atrophie de l'os incisif inférieur. Distance de l'épine nasale inférieure au procès alvéolaire, 5 m/m au lieu de 15 m/m qui est la normale.

La réduction inférieure atteint la moitié de la distance normale.

En résumé, il s'agit là d'une béance incisive par infra-occlusion des incisives supérieures et des incisives inférieures. Cette infra-occlusion correspond à une atrophie notable de l'os incisif.

d) Notons en passant la béance par infra-occlusion des prémolaires et des molaires décrite par M. Pullen (*Traité de Johnson*, p. 625). (Voir fig. 2 C, page 206.)

2° *Béances par obtusisme mandibulaire* provoquant une exagération de la distance naso-mentonnière.

a) La béance incisive légère par obtusisme mandibulaire qui comprend les six dents antérieures.

b) La béance accentuée par obtusisme mandibulaire (douze dents antérieures) qui se distingue par les mêmes symptômes que la béance légère mais dans laquelle ces mêmes symptômes sont considérablement exagérés.

2° *Diagnostic rétrospectif après compensation.*

On sait par l'étude des symptômes que cette compensation se fait :

1° Par abrasion des molaires ;

2° Par extrusion des incisives inférieures quelquefois des supérieures (rarement).

Dans certains cas de pyorrhée avec extrusion des incisives inférieures, il faut se demander si cette extrusion est directement due à la pyorrhée ou si elle n'est pas simplement compensatrice d'une béance plus ou moins accentuée.

Dans ce dernier cas (béance) le traitement pour être rationnel demandera l'abrasion des molaires afin de limiter l'extrusion des dents antérieures. Au contraire s'il y a simplement extrusion par pyorrhée, cette abrasion molaire est absolument contre-indiquée.

On voit donc que le diagnostic rétrospectif pourra avoir parfois un *intérêt pratique considérable.*

3° *Diagnostic étiologique.*

A) *Lésions alvéolaires.* — On rattachera toujours à une sorte d'*hypoplasie dento-alvéolaire* la béance qui se produit par infra-occlusion soit au niveau des incisives, soit au niveau des prémolaires et des molaires. Le suçage du pouce, la pression constante de la langue (langue pendante) sont quelquefois des facteurs étiologiques importants.

On fera rentrer par analogie dans le même groupe l'*hyperplasie dento-alvéolaire ;* c'est une lésion dont la cause paraît due à un développement exagéré localisé aux dents et aux alvéoles (géantisme dentaire).

B) *Lésions osseuses proprement dites.* — Les béances par lésions osseuses du corps du maxillaire sont dues :

a) A des lésions chirurgicales (becs-de-lièvre, fractures vicieusement consolidées).

b) A l'infantilisme mandibulaire rachitique.

Les commémoratifs rappelleront dans les premiers cas l'histoire des lésions d'une façon suffisamment explicite et claire.

Dans le dernier cas, au contraire, le passé pathologique du malade doit être soigneusement examiné. Il en sera de même de l'état physique du sujet dont on devra attentivement rechercher les tares chirurgicales rachitiques qui accompagnent généralement l'obtusisme mandibulaire (Courbure des tibias, chapelet thoracique, etc.).

4° *Diagnostic thérapeutique.*

Il se pose :

A) Suivant le degré de la béance.

B) Suivant l'âge du sujet.

A) *Quelle que soit la cause,* on doit diviser au point de vue thérapeutique les béances en trois grands groupes :

a) Béance légère, comprenant les six dents antérieures que l'on traitera comme une lésion par infra-occlusion. Ce traitement sera purement orthopédique (extrusion).

b) Béances étendues comprenant les huit, dix ou douze dents antérieures. Dans ce cas, le traitement chirurgical, nous voulons dire, la résection des couronnes des molaires, sera souvent suffisant pour améliorer à la fois le profil et l'occlusion.

c) Béances justiciables, seulement de par leur grande étendue de 3 à 4 centimètres du traitement prothétique.

B) Plus l'âge du sujet est avancé, moins le traitement orthopédique a des chances de réussir à cause de la difficulté de la rétention et à cause de la calcification osseuse complète.

On peut dire d'une façon générale que l'intervention sera d'autant plus chirurgicale et d'autant moins orthopédique que l'âge du sujet est plus avancé.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT.

Deux grands principes gouvernent ce traitement.

Il faut dans chaque cas considérer l'esthétique en même temps que la fonction ; il faut de toute nécessité :

Améliorer le profil.

Améliorer l'occlusion.

Ces principes découlent naturellement des deux éléments du diagnostic :

Examen du profil facial dans le sens vertical.

Examen de l'occlusion.

Au point de vue du traitement les béances d'occlusion se divisent en deux grandes classes :

1° Les béances légères (quatre ou six dents antérieures) ;

2° Les béances accentuées (huit, dix ou douze dents antérieures).

A. — *Traitement des béances légères* (Orthopédique ou orthodontique).

Ces cas relèvent presque toujours de l'intervention orthopédique et sont justiciables du mouvement vertical d'extrusion.

Mais, ainsi qu'il a été établi par l'un de nous (de Nevrezé, *Odontologie,* oct. 1908), le mécanisme de ces mouvements est très différent, suivant l'âge du sujet, suivant la densité osseuse alvéolaire, suivant l'état du squelette tout entier (ostéocie rachitique tuberculeuse, etc.).

En effet, chez les sujets, jeunes par l'âge et chez ceux qui sont restés jeunes au point de vue osseux, l'alvéole suit en général toujours la dent ; si bien que les deux organes se trouvent après mobilisation, dans les mêmes rapports qu'auparavant. La dent a entraîné avec elle son alvéole qui s'est reformé à l'aide de nouvelles travées osseuses ; c'est l'*extrusion complète* (mouvement simultané de l'alvéole et de la dent) ou juvénile [1].

A partir d'un certain âge, adulte et vieillard, la dent est capable de se mobiliser sous les mêmes influences que précédemment, mais l'alvéole n'est plus mobilisable à cause de la densité osseuse, la dent se dénude au niveau de son collet sur une plus ou moins grande étendue. C'est l'*extrusion incomplète* ou sénile.

B. — *Traitement des béances accentuées* (Chirurgical).

Pour améliorer la fonction, il est de toute nécessité de pratiquer :

1° L'abrasion chirurgicale des molaires supérieures ;

2° L'extrusion des incisives supérieures et inférieures.

Encore cette dernière intervention n'est-elle que rarement nécessaire si la résection des deuxièmes molaires supérieures quelquefois même des premières molaires a été suffisante pour amener les dents antérieures en occlusion.

Ce traitement est d'autant plus légitime qu'il reproduit la compensation naturellement accomplie par la fonction masticatrice elle-même ainsi que le montre la fig. 11 (observ. n° 8).

---

[1] Nous renvoyons pour les détails des appareils aux figures de l'article de de Nevrezé, *Odont.*, oct. 1908. Nous nous contentons de donner ici les indications thérapeutiques.

C. — *Traitement des béances très accentuées* (Prothétique).

Dans les cas très accentués, 2 et 3 centimètres et plus dans le sens vertical, le traitement chirurgical, car la résection des couronnes postérieures des molaires doit toujours être tentée de façon à rapprocher les deux maxillaires l'un de l'autre le plus possible.

Ce n'est qu'après qu'on peut adapter sur les dents du maxillaire supérieur une plaque complète qui corrige en même temps la béance et le prognathisme inférieur qui accompagne généralement cette difformité. — Martinier[1], Frey, Cruet.

D. — *Considérations générales sur le traitement des malpositions compliquées.*

On sait que toute malposition compliquée dans plusieurs directions à la fois ne peut pas être traitée d'une façon indifférente au point de vue de la succession des interventions thérapeutiques.

1° En présence d'une malposition *verticale* compliquée dans le sens *frontal* il est nécessaire de débuter par la correction de la malposition *verticale* avant de traiter la malposition *frontale*; c'est ce qu'il nous a été donné de faire dans le cas de l'observation n° 10 (théorie rachitique, p. 210) (Underw). Il fut nécessaire de faire la résection des molaires supérieures pour amener les deux maxillaires en occlusion.

Nous pûmes constater dès lors l'importance de la réduction *frontale* intercanine qui fut traitée par l'écartement des canines et ces dernières se trouvèrent maintenues en bonne situation par l'occlusion des dents que nous avions amenées au contact en haut et en bas ;

---

[1] *Laboratoire* du 15 juillet 1909.

2° En présence d'une malposition *verticale* compliquée dans le sens *sagittal,* la même règle s'impose. La correction de la malposition *verticale* doit passer avant celle de la malposition *sagittale ;*

3° En présence d'une malposition *verticale* compliquée, d'une malposition *frontale* et d'une malposition *sagittale* c'est la correction de la première complication *(frontale)* qui doit primer la seconde *(sagittale) ;*

On comprend en effet qu'il est nécessaire de faire l'écartement dans le sens *frontal* ou *transversal* du maxillaire atteint également de rétrusion ; et ce n'est qu'après la correction du diamètre *frontal* qu'on peut entreprendre la correction du diamètre *sagittal ;* si on agissait inversement, la malposition *sagittale* après correction se reproduirait pendant l'écartement du maxillaire atrésié.

En conclusion, en présence d'une malposition verticale compliquée :

a) Dans le sens *frontal ;*

b) Dans le sens *sagittal.*

Il est de toute nécessité au point de vue thérapeutique de respecter cette hiérarchie des phénomènes, de commencer d'abord par la correction :

1° De la malposition *verticale ;*

2° Puis de la malposition *frontale* (atrésie) ;

3° Puis de la malposition *sagittale* (protrusion ou rétrusion).

Exemple d'un traitement de malposition verticale compliquée dans le sens frontal et dans le sens sagittal (voir l'observ. n° 3, page 264, pour l'étiologie ; et pour la symptomatologie, fig. 13. Obs. n° 10).

Le traitement dans ce cas fut le suivant :

Il reproduisit la compensation naturellement accomplie par la fonction masticatrice elle-même ainsi que le montre l'observ. n° 8.

a) *Traitement dans le sens vertical.* — Les couronnes naturelles des deuxièmes grosses molaires supérieures droite et gauche ont été meulées et remplacées par des couronnes d'or très basses.

Les racines des incisives supérieures cariées profondément furent traitées et les couronnes restaurées par des couronnes de porcelaine plus longues que les couronnes naturelles.

b) *Traitement dans le sens frontal.* — Une vis de Jack entre les canines écarta le maxillaire supérieur atrésié à ce niveau.

c) *Traitement dans le sens sagittal.* — Elles furent placées en légère antéversion pour diminuer la valeur de la rétrusion supérieure et le prognathisme inférieur.

Cette dernière malposition n'étant pas absolument inesthétique nous avons négligé de la corriger ; elle fut grandement atténuée par l'inclinaison donnée aux couronnes des incisives supérieures.

EN RÉSUMÉ.

A) On voit que parmi les malpositions verticales, celles par exagération de la distance naso-mentonnière méritent dans la *classification* de de Nevrezé une place bien distincte.

Elles se groupent en deux catégories suivant que les lésions portent :

1° Sur la portion alvéolaire (supra-occlusion généralisée) ;

2° Sur la portion osseuse proprement dite (mandibule rachitique avec angle anormalement obtus).

B) Cette dernière déformation mandibulaire au point de vue symptomatique se traduit généralement au niveau des dents par une béance d'occlusion plus ou moins accentuée.

Cette dernière subit une évolution essentiellement progressive et, dans les cas accentués on peut lui distinguer trois phases :

1° Période de légère béance incisive (de 6 à 11 ans) ;

2° Période d'aggravation de la béance (12 ans) ;

3° Période de compensation.

C) Le *traitement* est d'autant plus intéressant pour tous les praticiens en général qu'il permet le rétablissement de l'occlusion et améliore ainsi la fonction masticatrice en même temps que l'esthétique du visage.

D) Au point de vue *étiologique*, nous nous autorisons des observations cliniques rapportées pour désigner cette lésion sous le terme de *mandibule rachitique avec angle anormalement obtus. (Obtusisme mandibulaire rachitique.)*

Cette appellation présente l'avantage de répondre aux tendances de la médecine moderne puisqu'elle ne se contente pas d'indiquer un symptôme, mais puisqu'elle rappelle et fixe l'étiologie.

Elle est mieux que descriptive elle est *étiologique*.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Vᵉ CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Berlin 23-28 août 1909.

COMPTE RENDU

(Suite [1].)

Par GEORGES VILLAIN, D. D. S.
Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

II. — La séance d'ouverture.

Avant d'entreprendre le récit des séances du Congrès, je tiens à faire appel à l'indulgence de mes lecteurs. Lorsque notre rédacteur en chef me proposa d'écrire pour *L'Odontologie* le compte rendu du Vᵉ Congrès dentaire international, j'acceptai avec empressement une tâche qu'il m'était particulièrement agréable de remplir.

La diversité des éléments (12 sections), des langues (4 langues officielles) m'eussent rendu le travail difficile, si je n'avais eu à mes côtés deux précieuses collaboratrices à qui je désire rendre hommage et que je tiens à remercier de tout cœur : Mˡˡᵉ Sommer assura le reportage allemand, Mˡˡᵉ L. Villain, l'anglais ; à leur inlassable activité, à leur ténacité, à leur intelligence féminine je dois nombre de résumés de communications et de discussions que la discipline rigide des secrétaires de sections, s'appuyant sur le règlement du Congrès, me refusait impitoyablement.

La grâce toute parisienne de mes collègues sut triompher d'une force d'inertie que n'avait pu ébranler la mise en action de toutes les ruses dont est capable un reporter parisien.

Je tiens à remercier Mˡˡᵉ F. Thuillier, à qui je dois les comptes rendus des promenades et fêtes organisées par le comité des dames. Je dois, d'autre part, une description fort documentée de ces promenades, qui laisseront une profonde empreinte dans le souvenir de toutes les dames qui y prirent part, à Mˡˡᵉ N. Davenport, qui a bien voulu distraire de ses heures de voyage le temps nécessaire à ce récit dont mes lecteurs apprécieront le style élégant. En leur nom et au mien j'adresse les plus chaleureux remerciements à notre charmante et très littéraire collaboratrice.

Je ne saurais oublier non plus l'amabilité de MM. W. Sachs, de

---

[1] V. *L'Odontologie* du 15 septembre 1909.

Ve CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Berlin, 23 août 1909.

La séance d'ouverture dans la salle des séances du Reichstag.

Berlin, président de la 7e section ; Guido Fischer, de Greifswald, président de la 6e section ; Heydenhauss, de Berlin, président de la 9e section, et Zelinsky, secrétaire ; Hoffendahl, de Berlin, président de la 12e section ; Marruse, de Berlin, secrétaire de la 10e section ; Adloff, de Königsberg, président de la 1re section ; Weiser, de Vienne ; Subirana, de Madrid ; Huet, de Bruxelles ; Nolda, de Hambourg ; Roth, de Strasbourg ; ainsi que de tous nos compatriotes, qui s'efforcèrent de faciliter ma tâche, ce dont je leur suis profondément reconnaissant.

Malgré ces concours dévoués et précieux, la préparation de ce compte rendu me sembla parfois difficile. Un trop grand nombre de sections fonctionnant simultanément, le manque de méthode dans l'élaboration du programme des sections au point de vue de l'emploi des quatre langues officielles, l'impression trop tardive des résumés des communications, leur traduction insuffisante, et, pour un certain nombre de communications, l'absence de traduction des résumés, le manque de renseignements précis, la suppression des sténographes, l'insuffisance d'interprètes, l'élaboration tardive des programmes, etc., autant de motifs qui rendirent laborieuse ma tâche et celle de mes collaborateurs. Ce n'est pas un grief que j'adresse aux organisateurs, je rends au contraire hommage à l'effort qu'ils ont dû fournir, à l'énergie et l'intelligence déployées pour faire de ce Congrès la plus grandiose manifestation à laquelle notre profession fût jamais conviée. Les défauts que j'énumère ne sont que des vices d'organisation, inhérents à toute manifestation dont le succès dépasse de beaucoup toutes les prévisions ; ce sont autant d'enseignements que nous avons le devoir d'utiliser lors de la préparation des prochains Congrès et qui légitiment non pas ces critiques, mais ces simples observations.

L'ouverture du Congrès devait avoir lieu à 10 heures au Palais du Reichstag ; dès 9 heures du matin une procession ininterrompue d'habits noirs, d'hommes à figure radieuse qui semblent aller accomplir quelque chose de grand, étonne et arrête les Berlinois qui se rendent au travail. Les alentours du Reichstag présentent une physionomie inaccoutumée, partout on parle anglais, français, espagnol, allemand. La grande statue érigée devant ce palais semble prendre une signification particulière ; au pied du monument, Atlas soulevant le globe semble représenter l'Odontologie soulevant le monde des préjugés pour se découvrir à la science ; derrière le monument l'homme forgeant l'épée symbolise le côté manuel de notre art ; avec un peu d'imagination il est facile de remplacer l'homme de l'unité allemande qu'encadrent ces deux allégories par l'homme de l'unité odontologique dont le nom est sur les lèvres de tous, et dont l'image est profondément gravée dans le cœur de tout vrai dentiste.

Dans le Reichstag les couloirs sont noirs de monde, on se presse.

Le palais est grand, dit-on, mais le nombre des congressistes est considérable. Les abords ont donné à chacun l'impression que ce palais immense, qui durant une semaine devait être la ruche odontologique contiendrait difficilement cette foule laborieuse qui bourdonne autour de lui. Dès 9 h. 20 la salle est comble, les tribunes sont bondées; leur physionomie ne présente pas celle des jours habituels de réunion des membres du parlement, ce n'est plus le public snob, les élégantes avides de discours ou admiratrices de quelque tombeur de ministère, ce sont des figures attentives sur lesquelles on lit le désir de travailler; çà et là quelques chapeaux fleuris donnent une note gaie à la salle austère.

A 10 heures les couloirs, les passages entre les banquettes, tous les espaces libres ont disparu, les derniers arrivés sont là debout et devront y rester toute la durée de la séance, cependant que des retardataires affluent, trop tard pour eux hélas! car on ne saurait trouver le plus petit coin ; ils se consoleront en visitant la merveilleuse exposition. La salle contient 1500 places assises, nous sommes 1800 dans cette vaste rotonde, trop petite pour contenir tous ceux que la science odontologique est capable de réunir dans un congrès autonome créé de toutes pièces par ses propres moyens !

Parmi les personnages officiels étaient présents : M. le Dr Bumm, président du Conseil sanitaire de l'Empire, représentant du Gouvernement allemand ; M. le prof. Schmidtmann, représentant de la Prusse et du Ministère de l'Instruction publique de Prusse ; M. le Dr Schmidt, conseiller supérieur de gouvernement ; M. Naumnan, conseiller supérieur de gouvernement, directeur au Ministère ; M. Waentig, directeur au Ministère, représentant du Gouvernement saxon et du Ministère de l'Instruction publique de Saxe ; M. le prof. Waldeyer, représentant l'Université et la Faculté de médecine de Berlin ; M. le Dr Fischer, conseiller des écoles de Berlin ; MM. Cassel, conseiller de justice ; Rosenow et Gerold, conseillers municipaux, représentant tous les quatre la ville de Berlin ; un représentant du Ministère de la Guerre de Prusse ; M. Jacob, conseiller de commerce; M. Suersen, conseiller intime, etc.

Le professeur Walkhoff, en ouvrant la séance, souhaite la bienvenue aux congressistes.

Deux causes les réunissent : d'abord l'échange de leurs connaissances. L'Allemagne n'a pas encore vu en matière dentaire de réunion scientifique comme celle-là, dont le programme n'a pas d'égal dans le passé. Une autre cause de cette réunion, c'est la célébration du 50e anniversaire de la Société centrale des dentistes allemands, qui compte maintenant plus de 1000 membres. Ce fut Miller qui eut l'idée de combiner les deux réunions. Mais en matière de grandes réunions les Allemands sont des néophytes ; aussi, malgré les efforts du Comité d'organisation et du Comité local berlinois, faut-il que les congressistes fassent preuve d'indulgence.

M. LE PROFESSEUR DIECK prononce en français l'allocution suivante :

Messieurs et très honorés confrères,

Comme vice-président du Comité d'organisation du V^e Congrès dentaire international, je vous souhaite la bienvenue au nom des dentistes d'Allemagne.

Les meilleurs représentants de notre profession se sont réunis pour propager notre science, pour connaître et faire connaître les progrès dans l'art dentaire des différentes nations civilisées.

Nous Allemands, nous n'avons pas encore, jusqu'à présent, vu dans notre pays une entreprise scientifique de l'art dentaire si étendue et si importante que celle-ci.Grâce à la participation nombreuse et imprévue des nations, nous avons le droit d'espérer que ce Congrès marchera dignement avec les précédents et qu'il aura un caractère vraiment international.

La richesse du programme scientifique, le nombre des discours et des présentations pratiques, prouvent que l'invitation à Berlin a été reçue partout avec grande sympathie.

Pour nous Allemands, il y a encore un deuxième sujet de joie et de satisfaction. C'est dans cette année que la plus grande association scientifique de notre profession, le Central Verein Deutscher Zahnärzte, célèbre son cinquantième anniversaire. Cette corporation, dont nous avons la grande joie de voir encore un des fondateurs, le Docteur Süersen, parmi nous, représente aujourd'hui, avec plus de mille membres, le centre de l'art dentaire scientifique et pratique en Allemagne.

Nous remercions la Fédération dentaire internationale d'avoir accepté à Saint-Louis la proposition de notre inoubliable président Miller que le V^e Congrès eût lieu cette année à Berlin.

Dans l'organisation d'un tel Congrès international, les dentistes allemands sont novices. Le Comité d'organisation a fait son possible pour en garantir le succès, mais il prie d'user d'indulgence s'il n'y a pas complètement réussi. Toutefois il espère que chacun y enrichira ses connaissances, y trouvera la plus cordiale confraternité, et que tous nos collègues étrangers en remporteront les meilleurs souvenirs. Encore une fois : Soyez tous les bienvenus en Allemagne et à Berlin !

M. SCHÄFFER-STÜCKERT, secrétaire général, prend la parole en anglais et dit :

A tous nos collègues de langue anglaise, j'adresse la plus cordiale bienvenue au nom du Comité d'organisation. Comme notre président Walkhoff le remarquait à l'instant ; nous, les diplômés d'Allemagne, nous sommes hautement honorés de voir un si grand nombre de représentants des nations étrangères réunis ici au V^e Congrès dentaire international. Notre regretté professeur Miller, qui était également vôtre, devrait être le président honoraire de ce Congrès. Il était membre honoraire du « Central Verein Deutscher Zahnärzte », qui célèbre son 50^e anniversaire ces jours-ci ; la grande importance prise par cette société est due en grande partie à ses efforts. Nous regrettons profondément la perte du professeur Miller, nous travaillerons pour l'honorer. Nous compléterons réellement et internationalement ses travaux pour faire de la science odontologique l'honneur de notre profession et la bienfaitrice de l'humanité.

Puisse ce résultat être celui du V^e^ Congrès dentaire international !

Le président donne la parole au président de la F. D. I., M. C. Godon, de Paris.

Lorsque M. Godon se lève, il est salué par les applaudissements prolongés de l'assemblée, et ce fut pour les Français qui assistaient à cette réunion un moment d'émotion et de joie de voir un de nos compatriotes acclamé ainsi par l'élite de la profession mondiale. Si la France tient dans ces assises internationales la première place, nous la devons en grande partie à ce vaillant et infatigable défenseur des idées odontologiques qu'est notre président, et l'ovation qui lui fut faite nous réjouit parce qu'il la méritait plus qu'elle ne nous honorait.

M. GODON prononce le discours suivant :

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

C'est pour moi un grand honneur et un grand plaisir de présider ainsi en même temps la dernière séance de la deuxième période quinquennale de la F. D. I. et de procéder en cette qualité à l'ouverture du V^e^ Congrès dentaire international.

En effet, il y a 10 ans, je présidais à Paris à la naissance de la F. D. I. et depuis j'ai été si intimement attaché à son développement et à ses succès que j'ai pris part — et nous sommes deux ici seulement à être dans ce cas — que j'ai pris part, dis-je, à toutes les réunions annuelles qu'elle a tenues dans les principales villes d'Europe et d'Amérique : Londres, Cambridge, Stockholm, Madrid, Saint-Louis, Hanovre, Amsterdam et Bruxelles. Il serait bien intéressant de rappeler toute l'histoire de ces dix années d'évolution de ce nouvel organisme professionnel qui a consacré notre autonomie et proclamé notre entente internationale pour le progrès de notre science spéciale et le bien de l'humanité.

Il a suffi d'évoquer aujourd'hui le souvenir des étapes parcourues pour que vous vous souveniez de tous les services que la F. D. I. a rendus à la cause des odontologistes, notamment dans l'enseignement et dans l'hygiène publiques de tous les pays en sa qualité de grand Conseil consultatif de l'art dentaire et je puis dire avec une légitime fierté qu'ils ont bien mérité de la profession mondiale tous les vaillants créateurs et fondateurs de cette œuvre désintéressée. Et aujourd'hui je suis à cette place pour y remplir une de ses missions les plus agréables.

Née des premiers congrès dentaires internationaux, elle en est aussi la Commission permanente et c'est en cette qualité et au nom des sociétés dentaires et des dentistes du monde entier qu'elle représente que je viens saluer les organisateurs du V^e^ Congrès dentaire international et les féliciter de l'œuvre considérable qu'ils ont heureusement accomplie et des merveilleux résultats qu'ils ont obtenus. Ce V^e^ Congrès nous apparaît déjà, grâce à eux, comme une des manifestations les plus brillantes de cette entente si féconde de la profession mondiale.

Aussi, au nom de la F. D. I. et en votre nom à tous, je remercie toutes les sociétés dentaires allemandes qui nous ont si aimablement invités et les organisateurs du Congrès du travail colossal qu'ils se sont imposé pour nous réunir ici et du grand succès qui a couronné leurs efforts et particulièrement le président, le professeur Walkhoff, son dévoué secrétaire général, M. Schäffer-Stückert, et tous les membres du Comité d'organisation. Je les remercie, ainsi que le Gouvernement allemand, de leur accueil si cordial et de la grandiose hospitalité qui nous est offerte et qui nous permet de tenir les assises de notre parlement dentaire international dans le magnifique palais du parlement allemand, au cœur de la belle capitale de Berlin.

Aussi je vous propose, au nom du Conseil exécutif de la F. D. I. et en vertu de nos règlements de les élire par acclamation membres du bureau et président du V^{e} Congrès dentaire international.

Le Bureau est élu aux acclamations de toute la salle.

M. LE PROFESSEUR WALKHOFF prend alors la présidence effective du Congrès et prononce le discours d'ouverture.

Il constate que l'odontologie est devenue une véritable science, dont les éléments reposent sur les enseignements de la médecine générale, sur les sciences naturelles et sur la technique. Les représentants de l'odontologie ont précisément cherché des points de rattachement dans ces diverses directions et les ont trouvés. C'est à cela que sont dus les grands progrès que cette science a réalisés et qui lui permettent de rivaliser avec les autres spécialités de l'art de guérir. Bientôt le côté théorique de cette science sera aussi bien établi que dans les autres. Ce qui a été fait dans cette science l'a été uniquement par les sociétés dentaires, par les écrits de leurs membres. Dans cette branche, comme dans les autres, chacun apprend de ses confrères et chaque nation apprend des autres. La science et la pratique doivent coopérer dans cette branche, qui est internationale, elle n'a pas de patrie, car elle tend directement à soulager l'humanité. Pour cette raison les Congrès internationaux sont d'une grande utilité en dentisterie.

Grâce à l'Exposition annexée au Congrès, les Gouvernements peuvent voir dans quelle mesure ils doivent encourager les efforts des dentistes. Le Gouvernement allemand s'est préoccupé précisément de donner à la profession future une instruction préparatoire et un enseignement professionnel plus complets. Il convient de l'en remercier.

Il y a lieu de se réjouir que ce Congrès se tienne en Allemagne, car les Allemands en seront les premiers bénéficiaires. Un regret se mêle à cette joie : que le savant Miller ne soit plus là pour en prendre sa part.

Il faut remercier l'Empereur de l'intérêt qu'il porte au Congrès, ainsi que les hauts fonctionnaires allemands et le représentant de la Faculté de médecine de Berlin qui y assistent.

Le Congrès s'ouvre donc sous d'heureux auspices ; puissent ses travaux porter leurs fruits.

M. SCHMIDTMANN, conseiller rapporteur au Ministère de l'Instruction publique et des Cultes, prononce le discours suivant :

Mesdames, Messieurs,

J'ai l'honneur et le plaisir de vous saluer au nom du Gouvernement de la Prusse et du ministère de l'Instruction publique et des Cultes prussien. En même temps je dois présenter les salutations de mon chef, M. le Ministre des Cultes, à votre haute assemblée, en exprimant son sincère regret qu'il ne lui ait pas été possible de remplir le désir qu'il avait de venir en personne apporter au Congrès ses vœux de succès.

M. le Ministre prend une vive part à vos travaux et il a prêté aux travaux préparatoires du Congrès un appui, auquel votre président a bien voulu à l'instant, faire une aimable allusion.

L'Administration de l'Instruction publique et de la Médecine savait bien qu'en présence de cette réunion de nombreux praticiens habiles et de savants, dont la réputation est universelle, il était important de montrer que l'Allemagne, elle aussi, est devenue une terre bénie pour la culture de la science et de la pratique dentaires. Elle voulait aussi, en me confiant la mission d'assister à votre séance d'ouverture, montrer que l'Etat et les organisations constituées par les chirurgiens-dentistes marchent de concert afin d'ouvrir des voies nouvelles pour le développement heureux et les progrès de la santé des collectivités tout comme de celle des personnes prises individuellement.

L'idée de la Direction du Congrès de réunir à vos assises présentes, une exposition capable de montrer un tableau synthétique de l'état et du but de la science dentaire allemande a donc été acceptée avec plaisir par le ministère de l'Instruction publique, qui a apporté son concours à cette exposition.

Si, comme je l'espère, après avoir étudié l'exposition, vous êtes convaincus qu'il a été fait beaucoup en Allemagne depuis le Congrès de Saint-Louis et grâce aux travaux si complets qui y furent poursuivis, il est assez compréhensible que nous éprouvions le désir de porter notre pensée vers les hommes qui par leur travail ont permis de mener la science dentaire à une telle élévation. Entre tant de savants qui ont fait avancer la chirurgie dentaire, il revient toujours entre nos lèvres, comme étant le plus grand, celui de l'homme que votre président citait avec tant de respect, à qui vous avez apporté tout à l'heure une marque solennelle de votre respect, qui exerça son activité pendant plus de vingt années à l'Université Frédéric-Guillaume de Berlin, tant comme professeur que comme pionnier de la science, à celui enfin qui a contribué avec un succès rare au développement de l'art dentaire dans le sens scientifique — au conseiller intime de médecine prof. D^{r} Miller.

L'Administration de l'Instruction publique de Prusse est consciente de ce que cet homme a été pour vous dans la situation officielle qu'il occupait ; elle a pensé que c'était un devoir pour elle, dans cette illustre assemblée et devant ses nombreux amis et admirateurs, d'exprimer à nouveau sa reconnaissance en l'honneur de celui dont nous déplorons tous la mort prématurée. C'est avec des bravos d'allégresse que furent accueillies les paroles de Miller, au IV^{e} Congrès international dentaire de Saint-Louis, où il parlait comme représentant des chirurgiens-dentistes allemands.

Maintenant cette bouche est à jamais close. Ce sont d'autres hommes qui ont dû à sa place reprendre et soutenir haut et ferme l'étendard où se lit l'inscription :

> « En avant la Science dentaire !
> En avant la Profession dentaire !
> Au V^e Congrès international dentaire, à Berlin ! »

Pour se rendre compte que les progrès accomplis l'ont bien été dans l'esprit qu'il avait indiqué, il suffit d'observer l'assemblée actuelle, de mentionner les créations et les conquêtes de la plus récente date. Tels sont, pour ne citer que les principales, l'Institut dentaire auprès de l'Administration des assurances d'Etat ; les Cliniques dentaires scolaires ; puis ce sont les créations de demain : les chirurgiens-dentistes militaires et les cliniques dentaires dans les hôpitaux. Si, aujourd'hui, six mois à peine après qu'un comité central a été créé, trente-sept villes ont organisé des cliniques dans les écoles primaires, cela prouve non seulement que la pensée que vous avez eue de créer une hygiène de la bouche et de mettre la science dentaire au service du bien public était juste, mais encore qu'elle était capable de succès.

Les soins éclairés des dents ne seront plus seulement un privilège des classes aisées. Par vos efforts, le droit en sera reconnu aux masses qui seront appelées à profiter de leur utilité hygiénique. Ainsi ces soins joueront un rôle important parmi les mesures générales prises au bénéfice de la santé du peuple. Vous mettez ainsi en pratique les idées de Ryff qui, il y a environ 350 ans, en 1572, voulut éclairer le peuple sur la valeur des soins dentaires, par ses écrits en essayant de faire faire les premiers pas à une science dentaire autonome.

C'est avec une joie toute particulière que, comme médecin, je salue, en confrère, ces efforts dans le domaine de l'hygiène de la bouche, qui font que le médecin considère en vous des aides de plus en plus efficaces et des concurrents toujours bienvenus dans la lutte difficile contre les maladies contagieuses qui font tant de victimes parmi le peuple et surtout contre la tuberculose.

D'importants résultats ont été acquis et cependant vous, les représentants autorisés de la science dentaire, tout aussi bien que le ministère de l'Instruction publique et des Cultes de la Prusse, vous êtes bien convaincus qu'il reste encore beaucoup à faire dans le domaine de la science dentaire, particulièrement en ce qui concerne l'enseignement et la formation des dentistes. Je dois vous dire, à mon grand plaisir, et certainement aussi au vôtre, que vous pourrez toujours compter sur la sollicitude et l'appui de M. le Ministre de l'Instruction publique pour toutes les demandes et les vœux justes et fondés qui seront faits dans l'intérêt de votre science.

Puissent les discussions contradictoires de votre Congrès, qui réunit tant d'hommes réputés de la science et de la pratique, porter des fruits utiles au développement futur de votre profession ; c'est le vœu que forment le gouvernement de la Prusse et le Ministère de l'Instruction publique et des Cultes prussien.

M. le D^r^ Bumm, président du Conseil sanitaire de l'Empire, s'exprime en ces termes :

Mesdames, Messieurs,

Au nom de Son Excellence M. le D^r^ Delbrück, secrétaire d'Etat du Ministre de l'Intérieur, qui regrette vivement, par suite de son absence de Berlin, de ne pouvoir assister personnellement à votre assemblée, j'ai le grand honneur d'avoir reçu la mission de saluer le V^e^ Congrès dentaire international, au nom du Gouvernement impérial allemand.

Vous tous, dont beaucoup sont venus de loin, de bien loin même, pour prendre part à ce Congrès, soyez cordialement bienvenus sur le sol allemand, dans la capitale de l'empire allemand et dans cette noble maison, consacrée à l'activité sérieuse et des représentants du peuple allemand.

Vous vous proposez, vous aussi, un but élevé par votre travail, par vos efforts et vos créations. Votre activité n'est-elle pas un anneau important de la chaîne de tous les efforts humains, qui tendent à améliorer toujours et sans cesse le bonheur général et qui, en servant l'humanité entière, ont pour effet de relier entre elles les nations civilisées par des liens toujours de plus en plus étroits !

Dans l'édifice majestueux que l'ensemble des sciences médicales et de l'art de guérir ont élevé aux sciences naturelles dans la suite des siècles, la chirurgie dentaire a, elle aussi, apporté sa large part. Plus la science a compris les merveilleuses lois qui démontrent que tous les organes du corps humain doivent coopérer ensemble en une harmonie parfaite pour entretenir et conserver cette inappréciable richesse qu'est la bonne santé, plus on a attaché de valeur aux différentes spécialités de l'art de guérir, plus aussi on a cherché à pénétrer les problèmes si compliqués dans leurs détails, qui relient les fonctions innombrables du corps en un tout que nous nommons « la Vie ».

Il est vrai qu'il y a longtemps que l'humanité a reconnu que, pour répondre aux besoins inéluctables de la vie, la possession de dents saines et capables de remplir leurs fonctions, est indispensable, que leur entretien en bon état devait donc être une des préoccupations humaines.

La science et l'art qui se sont adonnés à cette branche de la culture corporelle remontent à un temps immémorial, à une antiquité aussi reculée que la médecine elle-même. Les hiéroglyphes trouvés dans les anciens tombeaux égyptiens où ils avaient été déposés il y a des milliers d'années, les tablettes de terre de la civilisation assyrienne, déjà disparue à une époque trop lointaine pour que nous puissions en estimer le recul, nous montrent que déjà, à la naissance de l'humanité, le trésor de dents belles et saines a été cher aux hommes ; ils nous indiquent que d'habiles dentistes ont déjà alors exercé l'art de l'obturation des dents et nous disent comment ils se sont efforcés de remplacer les parties qui étaient disparues par des pièces qu'ils façonnaient.

Il est donc démontré que cette science, cet art et toutes ces connaissances ont subi le sort de toutes les choses humaines. Comme celles-ci, elles ont passé par des périodes différentes : tantôt exercées avec succès, tantôt semblant complètement perdues. Pendant qu'à l'époque romaine l'habileté des chirurgiens-dentistes était encore à son apogée, la science dentaire devait tomber plus tard jusqu'aux degrés les plus bas. C'est de cet état qu'elle s'est relevée peu à peu pour arriver, dans ces derniers temps, au niveau où nous la voyons. Aujourd'hui elle continue à se ruer dans des voies inexplorées pour faire son profit, elle aussi, des découvertes merveilleuses que la science a réalisées dans tous les domaines.

La science ne doit pas se concentrer sur elle-même, elle doit être au service de la généralité, profiter à l'humanité tout entière, elle a principalement pour devoir, à notre époque, d'aider à résoudre les devoirs considérables qui incombent en si grand nombre aux Etats modernes dans le domaine social, en leur permettant de vaincre les difficultés grandissantes.

On a la preuve que les nouveaux venus ont conscience des devoirs et des responsabilités que leur imposent les temps actuels, par les progrès indéniables qu'ont fait la science et les connaissances dentaires actuelles. Une autre preuve encore, à côté de beaucoup d'autres, en est cette assemblée qui réunit pour la cinquième fois les plus réputés parmi les hommes et les femmes de la science et de la pratique dentaires de tous les pays civilisés, qui éprouvent la nécessité d'échanger réciproquement les résultats de leurs recherches et de leurs expériences pratiques, afin de concourir à de nouvelles constatations et de fixer des observations prouvées, pour le bien général des études dentaires et de la profession dentaire.

Si, comme je le disais, l'état de la science odontologique mérite la considération, si avec le temps, avec l'élévation de son art, le chirurgien-dentiste a pu poursuivre d'une manière heureuse l'élévation de sa position sociale et approfondir ses connaissances scientifiques, il n'en reste pas moins beaucoup de problèmes à résoudre dans ce domaine.

Je veux seulement mentionner combien de nombreux cercles de la population restent encore étrangers en face de cette idée que les soins que l'on prend des dents sont un moyen de préservation générale, comment ils sacrifient leurs dents l'une après l'autre et ne se rendent auprès du chirurgien-dentiste — malheureusement le plus souvent trop tard — que quand les traces et les suites de cette indifférence, qui se venge toujours amèrement, ne peuvent plus être réparées. C'est justement sur ce point qu'il est indispensable de porter la lumière dans les masses profondes et de contribuer aux grands devoirs qu'impose la conservation de la santé des peuples.

Le V^e Congrès dentaire international est enfin armé pour la discussion de tant de questions encore irrésolues ; il a attiré les représentants de la science dentaire de tous les pays civilisés qui se sont réunis en un tournoi paisible en Allemagne ; puisse-t-il voir ses assises couronnées par le succès ; qu'il vous apporte le bonheur et la satisfaction, qu'il serve la science et lui soit un ornement glorieux ; qu'enfin il contribue au salut et à la bénédiction de l'humanité tout entière !

C'est le vœu que le Gouvernement de l'Empire, profondément pénétré de sa nécessité, a tenu à vous faire apporter au début de vos discussions.

M. Waentig, directeur au Ministère, apporte les souhaits du Gouvernement saxon et du Ministère de l'Instruction publique de Saxe. Il dit que son Gouvernement s'intéresse beaucoup à la dentisterie et a, par sa création d'un Institut dentaire à l'Université de Leipzig, organisé un centre de culture de la science et de l'enseignement odontologique.

M. Fischer, conseiller des écoles de Berlin, vient saluer le Congrès au nom du Conseil municipal de Berlin et dit que cette ville encourage de son mieux la science. Si elle n'a pas fait davantage pour la dentisterie, c'est qu'elle avait malheureusement d'autres tâches tout aussi importantes à assumer en même temps.

Après les discours des représentants de l'Empire allemand, des Gouvernements de Prusse et de Saxe, dont l'importance ne saurait échapper à personne, le président donne la parole aux représentants des divers Gouvernements.

(A suivre.)

CONGRÈS DE LILLE

2-8 *août* 1909.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Section d'Odontologie.

COMPTE RENDU

Par J. PAILLIOTTIN,

Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

(Suite et fin[1]*.)*

M. H. MASSON. — ETUDE SUR LES BRIDGES. — RÉSULTATS ÉLOIGNÉS.

Dans ce travail, qui paraîtra prochainement dans *L'Odontologie* notre excellent confrère rend compte des résultats qu'il a obtenus avec des appareils mis en bouche depuis plusieurs années. Il présente des modèles, et ses explications techniques et claires sont vivement appréciées ; son travail soulève de telles questions qu'à la suite de la discussion que nous allons relater on propose, pour la prochaine session, l'établissement d'un rapport étudiant les bridges au point de vue physiologique et philanthropique.

M. Siffre, président, personne ne demandant la parole, félicite tout d'abord M. Masson de son habileté et du bon résultat qu'il a obtenu dans les cas de ses observations.

Il ajoute que, la section d'odontologie de l'A. F. A. S. étant avant tout scientifique, il est nécessaire de présenter et de discuter avec discrétion des travaux dont l'application n'est pas générale, puisqu'elle reste encore limitée aux seuls favorisés de la fortune.

« Nous savons tous, dit-il, quelle somme de temps et de matières précieuses coûte un bridge et comme en somme, on ne peut, sans hérésie scientifique, soutenir que ce soit l'appareil physiologique (surtout le bridge inamovible et très étendu de douze dents supporté par quatre racines par exemple), nous devons, bien que ce travail soit la preuve de l'habileté et de la perfection en prothèse (pour celui qui le fait), nous devons, dis-je, au point de vue scientifique qui doit être le seul motif de notre réunion, ne pas poser en principe ce qui n'est encore que l'exception sans cela nous pourrions courir le risque de nous entendre dire que le progrès de nos honoraires va de pair avec celui de notre technique ! »

---

[1] V. *L'Odontologie* du 15 août 1909, p. 118, du 30 août, p. 184 et du 15 septembre, p. 197.

M. Godon déclare qu'il est partisan convaincu du bridge, qu'il a étudié à tous les points de vue pendant très longtemps, qu'il conseille le plus souvent possible et auquel il n'hésiterait pas à recourir pour lui-même ; sa conscience de praticien ne lui reproche rien, parce qu'il s'efforce de placer ses bridges dans les meilleures conditions. Il est évident que le praticien qui placerait un bridge dans des conditions physiologiques mauvaises, qui n'apporterait pas tous ses soins à l'établissement d'un tel appareil, qui ne serait guidé dans le choix qu'il ferait de ce système de restauration que par des intérêts pécuniaires serait tout à fait blâmable ; mais il ne pense pas que de telles pratiques existent chez des chirurgiens-dentistes dignes de ce nom. Au commencement de l'emploi de ces appareils, quelques erreurs ont pu être commises ; à présent la technique s'est précisée, et, malgré ce que dit M. Siffre, il se vulgarise dans la classe moins aisée. A l'Ecole dentaire de Paris on fait des bridges dont les supports seuls sont en or ; les parties intermédiaires sont établies avec un métal analogue à celui présenté par M. W. Davenport ou en argent vierge, comme l'a proposé M. Cecconi ; le prix de revient de ces appareils est minime et ils rendent d'excellents services à leurs porteurs. Tout ceci indique le désir qu'ont les praticiens de vulgariser ce moyen de restauration. La seule condition donc qui puisse limiter l'emploi des bridges, c'est le respect des conditions de mécanique physiologique nécessaires à l'établissement d'un tel appareil.

M. Hugot est de l'avis de M. Godon. Il ajoute que le dentiste mettant son point d'honneur à sauver les racines, il est porté tout naturellement à les utiliser pour placer des appareils bien supérieurs aux appareils à plaque.

M. Tondeur dit que les bridges ne sont pas des appareils éternels, comme on le dit quelquefois. Il a eu dans un temps relativement court à enlever un certain nombre de bridges provenant de chez des confrères réputés et causant des accidents sérieux.

M. Siffre accentue ses attaques contre le bridge inamovible.

M. Pailliottin fait remarquer que l'on engage là une discussion qui n'entre pas dans le cadre du sujet ; il pense que, malgré l'opinion de M. Siffre, les confrères qui se spécialisent dans le bridge et qui sont des travailleurs et des chercheurs comme Masson par exemple, ont une connaissance suffisante des lois de la physiologie pour combiner des appareils qui donnent satisfaction à celles-ci, tout en étant d'une commodité incomparable par rapport aux anciens appareils à plaque.

M. Godon ajoute que les paroles de M. Siffre pourraient avoir une certaine portée, surtout qu'elles sont prononcées dans une session pendant laquelle M. Siffre a rempli les fonctions de président ; elles sont sérieuses aussi parce qu'elles émanent d'un professeur d'une grande école dentaire. Le corps enseignant et les membres des conseils d'administration des écoles dentaires pourraient encourir une certaine responsabilité en enseignant à leurs élèves la confection d'appareils qui mériteraient les critiques du président de la section d'odontologie. Mais comme il considère ces critiques comme imméritées, il demande que cette question soit amplement et complètement discutée à Toulouse, afin d'éclairer les praticiens qui pourraient avoir conservé contre le bridge des préjugés archaïques. Il répète que la condition essentielle de l'emploi des bridges est le respect des lois fondamentales de la mécanique physiologique. Toutes les fois que celles-ci peuvent être respectées, on peut faire un bridge, et n'avoir rien à se reprocher.

Les choses se passent de même au dispensaire de l'Ecole dentaire de Paris, où l'on fait toujours l'appareil indiqué par l'état de la bouche, que ce soit un bridge, un appareil en métal ou un appareil en caoutchouc. Il est convaincu que toutes les objections que l'on fait au bridge bien conçu et bien exécuté sont plus théoriques que réelles ; que des dents immobilisées peuvent l'être pendant de longues années sans résultats fâcheux et que le bridge amovible à selle est parfaitement logique aussi, mais a des indications spéciales.

M. Siffre critique le triangle équilatéral de Bonwill, qui est faux.

M. Masson répond que cela n'est pas en cause ; qu'il n'a du reste parlé que des trois points de contact nécessaires pour l'équilibre articulaire pendant l'acte masticatoire. Il ajoute que si l'on réprouve l'emploi du bridge et son enseignement dans les écoles sous prétexte qu'il est d'un prix de revient, ou mieux d'un prix élevé pour le patient, il devrait en être de même pour les aurifications et les inlays de porcelaine. On pourrait même aller plus loin dans cette voie, et considérant qu'un traitement de quatrième degré devant normalement être payé un prix plus élevé qu'une extraction, on devrait préconiser cette opération dans tous les cas, remplacer les inlays de porcelaine par des ciments et les aurifications par des amalgames. Il ajoute également que si l'on a été obligé de desceller des bridges mal faits, il est aussi logique de condamner ces appareils à la suite de ces faits que de vouloir proscrire l'emploi de la vapeur, sous prétexte que parfois des chaudières font explosion.

M. Réal. — Appareil utilisant le vide pour la coulée des métaux.

L'inventeur nous présente l'ingénieux appareil grâce auquel il produit le vide suffisant pour que l'or soit vivement attiré à l'intérieur du cylindre d'investissement. Il se compose d'un socle rond qu'il appelle la chambre du vide ; sur ce socle est pratiquée une ouverture recouverte d'une rondelle d'amiante perforée en son centre et recouverte d'une toile métallique. Sur cela on place le cylindre d'investissement chauffé au préalable et recouvert d'une feuille d'amiante, non perforée, celle-ci, sur laquelle repose un godet en porcelaine dans lequel on fond l'or. Le fond de ce godet est percé. Le vide étant fait, on chauffe l'or, lorsque celui-ci est fondu, une pointe de métal placée sur une sorte de potence-guide est vivement abaissée pour perforer la rondelle d'amiante ; l'or est alors vivement attiré et va remplir la cavité du cylindre.

M. Godon demande depuis combien de temps l'auteur emploie son appareil et quels sont les travaux qu'il a exécutés avec ce système.

M. Masson demande si la coulée est toujours homogène dans les bridges, si M. Réal n'a pas observé des points faibles dans les bridges, s'il a eu des fractures dans les cas de bridges étendus, si l'or s'applique bien sur les faces de porcelaine et si la fracture de ces faces est fréquente.

M. Pailliottin constate qu'un des inconvénients inhérents à certain procédé de coulée, c'est-à-dire le refroidissement du cylindre d'investissement par le contact de l'eau, qui amène parfois des échecs dans le cas de grandes pièces, est évité par ce procédé.

M. Siffre constate que toujours les fournisseurs cachent quelque chose dans les appareils qu'ils présentent ; ici, comme ailleurs, la formule du revêtement reste secrète. Il estime que dans des communications scientifiques rien ne devrait être caché.

M. Réal regrette qu'il lui faille s'adresser aux fournisseurs pour la vente de son appareil ; il partage entièrement l'avis de M. Siffre au sujet des restrictions regrettables qu'il est obligé de faire, mais cela ne lui incombe pas. Il a coulé, depuis environ six mois, à l'aide de son appareil, de grandes plaques palatines, de grands bridges dont il n'a jamais observé la fracture ; ses plaques sont très élastiques, n'ont pas une surface grenue ; l'or s'applique parfaitement sur les faces de porcelaine, dont il n'a pas observé la fracture, celle-ci étant due, pense-t-il, à un excès de pression. La théorie de son appareil fait entrer en ligne de compte le vide, le poids de l'or et l'attraction moléculaire. Il dit que ce procédé a sur les similaires les avantages suivants :

1° Le moule est absolument libre de gaz lorsque l'or y descend ;

2° Il est d'une grande simplicité ;

3° Son appareil connaît la jouissance de la force employée, ce en quoi il est plus rationnel que l'appareil de Solbrig.

M. BARDEN. — LES RÉPERCUSSIONS DES IRRITATIONS GINGIVO-DENTAIRES.

(Les travaux nombreux qui ont été soumis au Congrès n'ont pas permis à notre sympathique confrère de présenter sa communication plus tôt : du reste, secrétaire de la section, il a préféré céder son tour à des confrères qui ne pouvaient rester pour toute la durée du Congrès.) Il donne lecture des conclusions ci-dessous :

I. — *Historique.*

II. — *Division :* Les répercussions des irritations gingivo-dentaires peuvent se répercuter :

a) A la *peau* dans toute son étendue ;
b) Au niveau d'*organes voisins* ou d'*organes éloignés.*

- *a)* A la *peau* . .
  - 1° En *modifiant* ses fonctions physiologiques sans produire de lésions définies
    - Troubles sensitifs.
    - — thermiques.
    - — vaso-moteurs.
    - — secrétoires.
    - — trophiques.
  - 2° En *déterminant* des lésions cutanées définies. .
    - Herpès.
    - Eczéma.
    - Zona.
    - Pelade.
  - 3° En *irritant* des lésions cutanées existantes.....
    - Lupus.
    - Syphilides, etc.
- *b)* Aux *organes voisins ou éloignés.........*
  - Œil.
  - Oreille.
  - Pharynx.
  - Articulations, etc.

III. — *Conclusions :* Importance de la cure dentaire pour la santé générale de l'individu.

M. Siffre dit que, d'après les conclusions que vient de lire M. Barden et en se rappelant les travaux antérieurs qu'il a fait paraître sur la question, il est véritablement regrettable que le temps manque pour discuter son intéressante communication. Il exprime tous ses regrets à notre confrère de ce que les ordres du jour très chargés n'aient pas permis de le faire passer plus tôt. Il ajoute quelques considérations générales sur le labeur qu'ont fourni ceux qui ont suivi le Congrès en entier, et il espère que cette ardeur au travail n'abandonnera pas les dentistes et qu'ils se retrouveront de nouveau à Toulouse pour y faire comme à Lille de bonne besogne au point de vue odontologique et déclare la session close.

Séance commune des sections d'anthropologie et d'odontologie.

M. Siffre avait annoncé qu'il ferait une communication sur *L'usure des dents chez les néolithiques.* Le titre attira l'attention de nos confrères anthropologistes et il fut décidé par les bureaux des deux sections que l'auteur donnerait lecture de sa communication dans une séance commune aux deux sections.

M. Siffre, au début de la séance, dit que l'anthropologie et l'odontologie ont de nombreux points communs, car un des points de repère les plus importants qu'ont les anthropologistes pour l'identification est justement l'étude des dents.

M. Marcel Beaudouin, président de la section d'anthropologie, dit qu'il est heureux de voir l'empressement avec lequel les dentistes se sont rendus à cette séance ; il pense que de cette collaboration résultera un bénéfice pour l'avancement des sciences odontologique et anthropologique. Il dit que les anthropologistes, voulant recourir à la documentation des dentistes, devaient venir les trouver et il indique quelques points sur lesquels on pourrait travailler ensemble. Il rappelle les trouvailles faites récemment, qui permettent de fixer approximativement l'époque de l'apparition de l'homme (crânes de Heidelberg, du Moustier et de la Chapelle-aux-Saints). Il dit que le crâne d'Heidelberg a cette particularité d'offrir des dents très nettement cassées, présentant une cavité pulpaire remarquable : il serait intéressant de comparer cette cassure et l'usure signalée par M. Siffre sur les dents de première dentition des néolithiques. Il ajoute qu'un certain nombre de lésions d'ordre dentaire séparent les médecins s'occupant d'anthropologie : évidemment le médecin peut parler de dents sans donner trop de prise au ridicule, mais il n'y a que le dentiste qui soit compétent pour en parler savamment ; celui-ci, plus que le médecin non spécialiste, sera à même de reconnaître sur les maxillaires des lésions d'origine dentaire et, pour sa part personnelle, il se refuse à admettre les argumentations que lui opposent ses confrères non spécialisés, tandis qu'il s'inclinera devant les arguments que des spécialistes invoqueront contre ses théories personnelles qui peuvent être erronées, car ses connaissances spéciales ne reposent pas sur une base tout à fait scientifique.

M. A. de Mortillet dit que depuis la fin de 1907 les anthropologistes ont eu la chance de faire trois trouvailles excessivement intéressantes au point de vue de l'homme primitif. En premier lieu, dans le quaternaire, à Heidelberg on a trouvé une mâchoire inférieure possédant toute sa dentition en bon état. Des trois crânes, c'est certainement celui dont l'origine est la plus ancienne. On peut le considérer comme ayant appartenu à un être intermédiaire entre l'homme et les animaux, car il est certainement très éloigné de l'homme actuel. Il existe un très grand contraste entre les dents et la mandibule qui les supporte. Cette disproportion est si considérable que, sans les dents, cette mâchoire aurait certainement été classée dans la série animale, on aurait déclaré qu'elle provenait d'un singe, de même que si l'on n'avait eu que les dents, on aurait fait un homme de son possesseur. Par ses caractères, l'os volumineux, avec des branches montantes d'une largeur considérable, semble avoir appartenu à un simien, tandis que les dents petites, les canines tout à fait semblables à celles de l'homme dénotent un individu omnivore, mais plutôt frugivore.

L'homme commence avec la période chaude du quaternaire ; comparativement avec les crânes du Moustier et de la Chapelle-aux-

Saints, on doit ranger le crâne d'Heidelberg dans cette période. Ces deux documents, plus récents se complètent l'un l'autre. Celui de la Chapelle-aux-Saints provient d'un vieux mâle, édenté, tandis que celui du Moustier, datant de la même époque, possède toute sa dentition au complet, les dents de sagesse sont à peine sorties; les caractères bestiaux relevés sur le crâne d'Heidelberg sont beaucoup moins accentués. Les incisives vues par la face labiale présentent trois petits tubercules qui l'incitent à croire que la différenciation des diverses dents ne s'est produite que sous l'influence d'un changement du régime alimentaire, changement de type qui avait pour but de les adapter plus complètement à leurs nouvelles fonctions.

M. Marcel Beaudouin insiste sur cette appropriation des dents au régime alimentaire. Ce qui l'a beaucoup frappé, c'est que la canine se différencie à peine des incisives et des prémolaires; il dit que le crâne de la Chapelle-aux-Saints n'a pas encore été étudié par un spécialiste et invite les dentistes à faire cette étude. Il dit que c'est une mâchoire de personne très âgée; le prognathisme est dû à une inclinaison très prononcée de la branche montante, tandis que le crâne d'Heidelberg, provenant d'un individu plus jeune, offre une branche montante d'un volume considérable, mais sans inclinaison par rapport au corps de l'os.

M. Siffre pense qu'il pourra étudier ces os. Grâce à l'amabilité de M. Marcelin Boulle, il a pu étudier nombre de crânes qui lui ont permis de constater sur des crânes d'enfants néolithiques une usure particulière de la deuxième molaire inférieure et de la deuxième molaire supérieure. Cette usure n'est sûrement pas due à la mastication, car elle est toute spéciale. Elle consiste dans l'abrasion du tubercule vestibulo distant de la molaire inférieure et celle du tubercule linguo-médian de la molaire supérieure. On dirait que ces enfants avaient l'habitude de sucer des racines très dures; elle affecte surtout la face arrondie du tubercule supérieur.

D'autres usures sur les faces triturantes l'ont amené à pouvoir empiriquement, mais assez approximativement cependant, déterminer l'âge du sujet auquel appartenait le crâne examiné. Il a constaté que, quand la dent de 12 ans apparaît, les tubercules de la molaire de 6 ans sont déjà assez abrasés; quand la dent de sagesse évolue, les tubercules de la molaire de 6 ans ont presque complètement disparu, tandis que ceux de la molaire de 12 ans ont subi une abrasion moindre.

Il a remarqué sur des moulages du crâne d'Heidelberg une sorte d'érosion, au collet sur toutes les dents; il y a un sillon ininterrompu d'érosion allant de l'incisive à la dent de 12 ans; on dirait que le tissu a été usé par un traumatisme de longue durée.

M. Beaudouin dit que les anthropologistes relèvent sur les dents deux sortes de lésions : l'usure et la carie. Dans la période néolithique les dents usées sont en nombre considérable ; les dents cariées au contraire sont relativement peu nombreuses ; si l'on arrive à la période gallo-romaine, au contraire, c'est la carie que l'on rencontre le plus fréquemment. Il pense qu'il y aurait un grand intérêt à étudier cela, qui prouverait le rapport de la carie avec l'avancement de la civilisation.

M. Bostaux-Paris a fouillé plus de 2000 tombes gauloises : la carie y était excessivement rare et presque toutes les dents qu'il a recueillies étaient en excellent état.

M. Chervin dit qu'il y a des usures volontaires, des mutilations faites dans un but soit d'esthétique, soit de défense. Il y a des dents limées en pointe, en fer de lance ; il a observé sur les hauts plateaux boliviens où il avait été envoyé en mission des mutilations volontaires en V ou en U sur des incisives et quelquefois sur des molaires. Des dentistes auxquels il a soumis ces dents ont dit qu'un pareil travail était très difficile à exécuter ; or, un de ses collègues, M. Muller, a pu, en trois ou quatre minutes, en se servant d'un silex taillé, reproduire sur le cadavre cette mutilation qui consiste dans l'ablation de la partie centrale des incisives.

M. Muller signale une fouille qu'il fit dans les déblais rejetés par des fouilleurs précédents ; il trouva là environ mille dents, qui remontent environ à quatre mille ans. Il a trouvé environ cent soixante canines de première ou deuxième dentition ; et il n'a rencontré que soixante caries environ, parmi lesquelles des caries du collet assez profondes et des caries en surface de 3 à 4 mill. de profondeur ; il a rencontré également un certain nombre d'anomalies, par exemple trois ou quatre dents avec des perles d'émail, une molaire à cinq racines, des dents de sagesse avec racines très incurvées, une canine d'un volume prodigieux.

Un crâne trouvé en Savoie présente une usure considérable, les dents molaires sont usées jusqu'au ras de la gencive : il a connu un docteur qui offrait la même particularité et dit que cela est fréquent dans la montagne de l'Oissans. Sur un crâne néolithique, il a observé cinq molaires ayant cinq tubercules.

La technique qu'il a employée pour réséquer le milieu d'une dent a été la suivante : avec un silex pris à la rivière il a fait des éclats et a scié la dent en prenant la précaution de mouiller le tranchant ; à mesure que le silex s'ébréchait, il se formait des dentelures analogues à une scie ; il a effectué cette opération en sept minutes, et encore était-il dans de mauvaises conditions opérant sur le cadavre.

M. de Mortillet dit que la première idée que l'on a en considérant certaines usures, c'est qu'elles ont été produites par une sorte de polissage. A cette époque, on broyait le grain entre des roches qui se désagrégeaient et l'on obtenait une farine contenant du quartz en abondance ; il pense que c'est ce quartz qui a dû amener cette usure, par analogie avec celle constatée sur les habitants du Sahara, qui, malgré le voile dont ils se couvrent la tête, respirent un air très chargé de poussières quartzeuses.

M. Roy dit que l'alimentation lui semble jouer un rôle considérable dans l'étiologie des lésions dont on vient de parler. Au point de vue morphologique, le peu de différenciation de la canine d'avec les molaires doit tenir à ce que l'alimentation était très peu carnée. Au point de vue de la fréquence de la carie, l'alimentation est certainement un facteur très important ; depuis longtemps on a observé que plus les aliments étaient résistants à la mastication plus les dents fonctionnaient, et que plus étaient grands les frottements que les aliments exerçaient sur elles moins la carie était fréquente. En dehors des mutilations volontaires auxquelles semblent appartenir certaines des lésions signalées dans la discussion, l'usure transversale des dents, signalée par M. Siffre, semblerait peut-être prouver que l'hygiène dentaire n'était pas totalement inconnue des hommes préhistoriques. A Zanzibar, par exemple, les nègres se frottent continuellement les dents avec des bâtons de bois ; l'usure signalée par M. Siffre peut provenir d'une cause analogue.

Vœux émis par la section d'Odontologie de l'Association française pour l'avancement des Sciences.

1° *Vœu présenté par M. Richeaume.*

La section d'Odontologie du Congrès de l'A. F. A. S., tenu à Lille en août 1909, émet le vœu que, dans la réforme de l'inspection médicale des écoles primaires communales, il soit créé un service d'inspection dentaire qui sera confié à un spécialiste et charge le bureau de la section et la F. D. N. de donner au présent vœu la suite qu'il comporte pour le faire aboutir, entre autres moyens, en donnant mission à des délégués d'aller défendre cette question au Congrès de l'hygiène scolaire qui se tiendra à Paris en août 1910.

2° *Vœu présenté par M. Godon.*

La section d'Odontologie de l'A. F. A. S., dans sa séance du 4 août 1909, considérant l'importance, au point de vue de l'hygiène et de la santé publique, d'appeler l'attention sur la nécessité des soins dentaires chez les enfants, émet le vœu :

1° Que des services d'inspection semestrielle du système dentaire des enfants des écoles primaires, comprenant l'établissement d'une fiche dentaire pour chaque enfant, soient organisés dans chaque école primaire, comme cela l'a été l'année dernière par le ministère de l'Instruction publique dans les écoles normales primaires et dans les écoles primaires supérieures et par le ministère de la Guerre dans l'armée ;

2° Que ces services soient confiés à des chirurgiens-dentistes.

3° *Vœu présenté par M. G. Villain.*

La section d'Odontologie de l'A.F.A.S. réunie le 2 août 1909 à Lille, considérant que la création du stage de prothèse si longuement réclamé par la profession ne saurait donner les résultats heureux que l'on doit en attendre que s'il est soumis à un contrôle sérieux et effectif, assurant son fonctionnement normal, émet le vœu :

Que le stage de prothèse exigé des candidats au titre de chirurgien-dentiste créé par le décret du 11 janvier 1909 ne se fasse que dans les établissements d'enseignement dentaire reconnus d'utilité publique ou universitaires, possédant un laboratoire spécial de prothèse ;

Que les autorisations de stage chez le praticien ne soient pas accordées ;

Qu'enfin, s'il était autorisé, le stage chez le praticien fût, comme l'examen de validation, soumis à un contrôle sérieux de professionnels compétents en prothèse: les chirurgiens-dentistes des jurys de l'examen de validation.

A la suite de l'adoption de ces vœux, M. le professeur Cavalié fait connaître que le service d'inspection dentaire des écoles primaires de Bordeaux au nombre de 77 est organisé depuis octobre 1907. Il comprend un docteur chef de service et quatorze chirurgiens-dentistes inspecteurs ; il y a en outre un inspecteur spécial des écoles normales.

Le vœu n° 2 a été adopté à la dernière assemblée générale comme vœu de l'A. F. A. S., et les vœux 1 et 3 ont été adoptés comme vœux de la section.

⁂

Le Congrès est terminé. J'ai relaté du mieux que j'ai pu les discussions parfois un peu ardentes, mais toujours courtoises qui ont eu lieu dans le cours des diverses séances que nous avons tenues, mais je tiens à faire ressortir l'importance des résolutions qui y ont été prises, notamment les vœux émis par la section, au sujet des études dentaires préliminaires et de l'inspection des dents des enfants. Je soulignerai tout particulièrement que ce vœu de la section a été transformé en un vœu de l'Association française pour l'avancement des sciences, que le Conseil de cette Association se chargera de le présenter à qui de droit. C'est là un appui précieux pour nos revendications, puisque le Conseil de l'A. F. A. S. groupe des noms de savants illustres, que cette année son président jusqu'au mois d'avril est M. le professeur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine, qui devient ainsi notre porte-paroles pour cette importante revendication.

Nous avons eu aussi la confirmation de l'estime en laquelle est tenue à l'A. F. A. S. la Section d'Odontologie par la nomination de M. Godon au Conseil de direction de l'A. F. A. S. On sait que cette puissante Association est divisée en sections qui désignent chaque année trois délégués pour former une sorte de Conseil général ; ces trois délégués seront MM. Francis Jean, Delair et Siffre ; en outre, il existe un Conseil de direction composé de membres nommés par tous les membres de l'Association. C'est à ce Conseil que M. Godon a été appelé par 334 voix sur 340 votants.

La Section d'anthropologie est venue se joindre à nous, pour réclamer des chirurgiens-dentistes les éclaircissements que ceux-ci pourront procurer à ceux-là dans les cas qui les intéressent : le rôle des dents, au point de vue de l'identification utilisée dans une circonstance récente et tragique, va donc s'étendre à celle de nos ancêtres.

La nomination de notre sympathique confrère M. M. Roy à la présidence de la section pour le prochain Congrès a été chaleureusement accueillie, ainsi du reste que celles de MM. Durand (de Lyon) et H. Lee (de Reims) comme vice-présidents ; le siège du Congrès sera Toulouse et nous espérons y retrouver les nombreux confrères qui ont suivi le Congrès de Lille.

Le banquet traditionnel a été fort brillant ; des nombreux toasts échangés, nous ne dirons rien, sinon qu'ils ont une fois de plus prouvé que tous nous sommes unis dans le but de faire, dans la limite de nos forces, tout ce que nous pourrons pour la grandeur de la science odontologique. Je retiendrai cependant pour vous le rapporter, un propos tenu par M. Cavalié et qui montre que, si une fraction du corps médical voulait accaparer l'odontologie, peu nombreux sont ceux qui veulent l'apprendre. Il nous a en effet informés qu'à Bordeaux la Faculté a créé un enseignement dentaire et qu'il y a eu, depuis trois ans, *Un* élève médecin ; il y a une clinique ouverte à tous les étudiants en médecine pour y apprendre la dentisterie d'urgence, elle a compté : *Zéro* étudiants. Ces paroles se passent de commentaires, et nous pouvons, j'en suis certain, penser que le Congrès de Budapest, s'il compte beaucoup de docteurs-dentistes ayant témoigné du même empressement pour apprendre leur art, ne pourra éclipser un simple Congrès annuel de chirurgiens-dentistes.

L'assemblée générale de clôture, au cours de laquelle avait lieu l'élection du vice-président de l'A. F. A. S., lequel, selon la coutume, sera le président de l'année suivante, a été très mouvementée : les journaux politiques vous ont du reste renseignés avant moi. Elle nous a prouvé qu'il existait aussi, au sein de cette grande association, des partis et des divergences de vue assez accentuées. Le mot de la fin, par lequel je terminerai mon compte rendu, a été dit par M. le professeur Leduc, qui a déclaré qu'un des candidats s'était rendu lui-même impossible à accepter comme vice-président, car il n'apportait en fait de programme que des critiques visant les personnes, et que la politique des personnalités amenait la mort sans phrases pour les sociétés qui ne se laissent guider que par de pareilles considérations.

ENSEIGNEMENT

COMMISSION DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

Nous avons annoncé dans notre numéro du 30 mars dernier que le Directeur de l'École dentaire de Paris, M. Godon, avait été convoqué par la Commission sénatoriale de l'Enseignement supérieur pour lui exposer la situation des écoles dentaires à l'égard des lois de 1875 et de 1881 et du décret du 11 janvier 1909, ainsi que les desiderata de la profession restant à réaliser. Nous croyons intéressant pour nos lecteurs de reproduire ci-après le résumé de sa déposition.

Le président, M. Charles Dupuy, lui demande d'abord, au nom de la Commission, son opinion sur l'organisation et la direction des études dentaires.

M. Godon répond que l'Ecole dentaire de Paris existe sous le régime de la loi de 1875 sur la liberté de l'enseignement supérieur depuis 1879, c'est-à-dire depuis 30 ans, et va fêter cette année son trentième anniversaire. Il avait suivi, dans les journaux, les discussions qui ont précédé cette loi. Il avait en outre la chance d'avoir habité quelque temps l'Angleterre et de connaître l'anglais ; il s'est tenu au courant de ce qui se faisait en Amérique et en Angleterre, en ce qui concerne la création d'écoles professionnelles d'odontologie ; il était donc bien placé pour prendre l'initiative de la création d'une école professionnelle, qui fut la première du genre établie en France [1].

La notoriété des dentistes américains était bien grande alors à Paris et dans le monde entier. Cette notoriété était en général assez méritée, à cette époque, parce qu'elle s'appuyait sur un enseignement technique professionnel créé depuis 1839, c'est-à-dire quarante ans auparavant. Il s'était produit aux Etats-Unis un mouvement en faveur de l'enseignement professionnel qui avait donné lieu à la fondation d'un grand nombre d'écoles. En 1880, il y en avait déjà une vingtaine, il y en a maintenant plus de cinquante.

Les Américains ont créé une grande quantité de dentistes. En gens pratiques, ils se bornaient surtout dans ces écoles à faire de la technique, peut-être même d'une façon un peu limitée, mais dans tous les cas ce procédé leur assurait des dentistes extrêmement habiles, répondant aux principaux besoins du public. Aussi dans toutes les capitales du monde entier, les dentistes américains jouirent bientôt d'une vogue extraordinaire.

---

[1] *L'Evolution de l'Art dentaire*, par Ch. Godon, Paris, 1901. *L'Ecole dentaire, son histoire, son action, son avenir.*

Lorsque l'Ecole dentaire de Paris a été fondée, ses fondateurs étaient au courant de ce mouvement, et, à leur avis, il n'y avait qu'une chose à faire, c'était de copier l'enseignement professionnel, tel qu'il était donné en Amérique et en Angleterre. C'est ce qu'ils ont fait, contrairement à l'idée de ceux qui dirigeaient l'enseignement supérieur à cette époque.

Ces fondateurs ont en effet vécu pendant presque trente années dans une certaine hostilité avec les représentants officiels de l'enseignement supérieur français, qui, s'inspirant d'une idée juste en théorie, mais inapplicable et fausse en pratique, disaient : « L'art dentaire fait partie de la médecine, comme les dents font partie de l'organisme. Ce sont donc des médecins qui doivent exercer et c'est la Faculté de médecine qui doit enseigner l'art dentaire. » Mais comme elle a autre chose à faire, elle ne l'enseigne pas du tout, elle ne l'a jamais enseigné. Peut-être cependant l'enseignera-t-elle : c'est prévu dans les prochains projets de réforme, au moins en ce qui concerne la stomatologie pour les médecins.

M. le président fait observer que l'enseignement de l'art dentaire est donné dans deux des Facultés de l'Etat, à Bordeaux et à Nancy.

M. Godon répond que cet enseignement est même donné dans trois Facultés : Bordeaux, Nancy et Lille. On y a copié l'enseignement donné par les dentistes, dans ces villes, depuis quelques années, mais mal copié, pour cette simple raison qu'on n'y dispose pas des fonds suffisants. L'Ecole dentaire de Paris dispose à elle seule d'un budget de 245.000 francs. Avec celui du Groupement tout entier, il monte à 285.000 francs.

Or, l'Etat n'a jamais pu consacrer à l'enseignement dentaire dans une Faculté plus de 5.000, 6.000, 10.000 francs au plus. Il ne peut donc donner qu'une apparence d'enseignement dentaire, qui peut tout au plus être utile pour apprendre aux étudiants en médecine les notions d'art dentaire qui constituent la *dentisterie d'urgence*. Ces étudiants, devenus médecins, pourront plus tard dans un village, soulager un patient, donner des calmants, des soins immédiats, en attendant le praticien qui seul pourra faire le traitement convenable.

Depuis trente ans, il soutient ce principe que, ni en France ni dans aucun pays, l'Etat ne peut enseigner l'art dentaire, parce qu'avant que les crédits parviennent aux intéressés, ils ont à subir une série d'autres assauts correspondant à des demandes plus urgentes que celles des dentistes, surtout s'ils doivent passer par les Facultés de médecine. L'enseignement dentaire, là où il existe, n'est florissant qu'à la condition de prendre la forme française de l'enseignement libre : c'est le cas de l'Angleterre et des Etats-Unis. Il faut qu'il jouisse d'une certaine autonomie, dont la forme d'ailleurs peut varier suivant les lois et les coutumes des différents pays.

Il a été très partisan de la loi sur l'enseignement supérieur, dès son apparition, car elle correspondait aux principes républicains. Pourtant il comprend l'embarras où peuvent se trouver les pouvoirs publics. Lorsqu'il est allé à l'Académie de Paris, en 1889, faire la déclaration d'ouverture d'une Ecole dentaire, ses collaborateurs et lui étaient en effet à peu près les seuls qui eussent profité de la loi, à ce moment du moins, avec les instituts catholiques.

Il comprend donc très bien que l'Etat se défende, cette loi n'ayant guère servi, en dehors des écoles dentaires, qu'à des adversaires. Toutefois, il s'est créé depuis d'autres types d'institutions, l'Institut Pasteur. Peut-être, pour les institutions qui n'ont qu'un but d'enseignement technique, comme l'Ecole dentaire de Paris, par exemple, ou de philanthropie, comme l'Institut Pasteur, pourrait-on trouver une formule qui leur permît de subsister sans pour cela subir le monopole de l'Etat, ce qui la ferait en effet tomber au rang des départements dentaires des Facultés de Nancy ou de Lille, qui ne répondent pas aux besoins professionnels. Donc si les pouvoirs publics jugent utile de modifier ou d'abroger la loi, il faut souhaiter qu'ils assurent en même temps le sort des écoles dentaires.

Nous nous considérons, ajoute-t-il, comme des francs-tireurs de l'enseignement supérieur, comme des auxiliaires de l'Etat. Mais nous ne voudrions pas être à la merci de l'hostilité possible des administrations ; nous voulons une certaine part d'autonomie et de liberté, tout en acceptant, bien entendu, certains liens officiels pour bien montrer que nous n'avons aucune hostilité contre l'enseignement de l'Etat.

Le président demande si actuellement les rapports de l'Ecole avec l'Administration sont des rapports de lutte.

M. Godon répond qu'ils se sont beaucoup améliorés, grâce au Parlement. En 1894, la Commission du budget fut sollicitée par M. Brouardel de voter un crédit de 60.000 francs pour la création d'un enseignement dentaire. Comme les dentistes sentaient que l'organisation d'un enseignement officiel allait amener la disparition ou tout au moins la diminution de leurs écoles, ils firent tous leurs efforts pour s'opposer au vote de ce crédit, et la Commission du budget, par l'organe de MM. Brisson, Chautemps, Mesureur, Rouvier, et de la majorité de ses membres, refusa le crédit et déclara que l'Administration devait aider les écoles dentaires libres, qu'elle ne devait pas les concurrencer, mais au contraire leur faciliter l'exercice de leur enseignement.

Les choses ne sont pas allées toutes seules pendant une dizaine d'années : on a toujours reproché aux dentistes cette opposition au vote du crédit, mais le Parlement s'en est toujours tenu à sa décision primitive, et les dentistes ont toujours trouvé auprès de tous ses membres le même appui.

M. Godon cite à ce propos les termes du rapport de M. le député Bastid sur cette question à la Commission du budget en 1894 :

« Est-il donc nécessaire que l'Etat vienne détruire ce qu'a produit l'initiative individuelle ? Il nous a semblé que la loi du 30 novembre 1892, en rendant obligatoire le diplôme de chirurgien-dentiste pour l'exercice de l'art dentaire, n'imposait pas nécessairement à l'Etat d'organiser cet enseignement par ses facultés. Il existe à Paris deux Ecoles dentaires qui ont donné les meilleurs résultats et qui sont en plein fonctionnement. On peut prévoir que des écoles de ce genre s'organiseront ailleurs. Si l'on impose cet enseignement dans les facultés qui ne le demandent pas, c'est la mort des établissements libres. » Citation déjà faite dans le rapport présenté en 1904 à M. le recteur Liard sur les réformes que les dentistes réclamaient[1].

Ils ont considéré cette déclaration de M. Bastid comme leur charte depuis quatorze ans, et ils ont vécu là-dessus. Ils ont eu, d'ailleurs, le plaisir de voir M. Guignard, directeur de l'Ecole de pharmacie et membre du Conseil supérieur, rappeler ce texte dans son rapport au ministre de l'Instruction publique.

Le président demande comment se forme un chirurgien-dentiste et si c'est l'Ecole qui lui délivre son titre.

M. Godon dit que c'est l'Etat après l'examen devant la Faculté de médecine. Il existait au sujet de ces examens une situation qu'il a critiquée jadis[2], mais à laquelle on vient enfin de porter remède.

Le président demande en vertu de quel titre on s'intitule chirurgien-dentiste.

M. Godon dit que, selon le nouveau décret du 11 janvier 1909 et même selon les décrets précédents de 1893, on ne peut prendre ce titre qu'après avoir passé trois examens à la Faculté de médecine de Paris, ou à l'une des Facultés de médecine de Lyon, de Bordeaux, de Nancy ou de Lille.

M. Bienvenu-Martin fait observer que le droit de passer ces examens est subordonné à la nécessité d'avoir pris des inscriptions auprès d'une école dentaire. C'est là le lien officiel, auquel il a été fait allusion, entre l'Etat et les écoles libres. Pour avoir droit au diplôme de chirurgien-dentiste, il faut avoir pris des inscriptions et accompli une certaine durée de scolarité. Cette scolarité s'accomplit auprès des écoles libres d'enseignement supérieur dentaire.

---

[1] Voir rapport à M. le recteur de l'Académie de Paris.

[2] Rapport à M. le recteur de l'Académie de Paris, sur les réformes à apporter aux conditions d'enseignement et d'examens des chirurgiens-dentistes et, d'une manière générale sur la situation faite aux écoles dentaires libres (1904).

C'est le décret de 1894 qui règle la matière, à moins qu'il n'ait été modifié par un décret plus récent.

M. Godon ajoute qu'il y a en effet un décret du 11 janvier 1909 qui remplace les trois années antérieurement exigées par cinq années, sans modifier d'ailleurs l'organisation précédente.

L'étudiant passera dorénavant trois examens : un à la fin de la première année de scolarité, c'est-à-dire après trois ans, car il a maintenant deux ans de stage préalable comme pour les études pharmaceutiques ; le second examen à la fin de la seconde année, et le troisième un an après. A la suite de ces trois examens, passés devant un professeur de la Faculté de médecine et deux dentistes désignés par l'Etat, il obtiendra le diplôme de chirurgien-dentiste.

M. le président demande si ces deux dentistes peuvent appartenir aux écoles.

M. Godon répond que c'est ici que la loi de 1881 vient gêner les écoles. La loi de 1875 avait créé des jurys mixtes, la loi de 1881 les a supprimés. Et l'on vient dire aux écoles dentaires : « Vous avez le droit de donner l'enseignement comme les Instituts catholiques, mais, comme les leurs, vos professeurs n'ont pas le droit de faire partie du jury d'examen. »

Les dentistes sont divisés en deux catégories. Les stomatologistes, partisans du doctorat en médecine, obligatoire pour les dentistes et les chirurgiens-dentistes. L'Etat, lorsqu'il a voulu choisir des examinateurs, ne pouvant les prendre parmi le personnel des Ecoles dentaires à cause de la loi de 1881, les a pris parmi les stomatologistes, qui sont opposés au diplôme de chirurgien-dentiste, au statut spécial des chirurgiens-dentistes et aux écoles dentaires. Somme toute, depuis quinze ans, il y a un antagonisme très net entre ceux qui donnent l'enseignement et ceux qui font passer les examens.

Les uns disent que les étudiants font des études inutiles dans des établissements insuffisants, les autres, ceux qui donnent cet enseignement, disent que leurs élèves passent des examens devant des examinateurs qui ne sont pas au courant de l'enseignement technique donné.

Le décret du 11 janvier a un peu amélioré la situation au point de vue de l'enseignement et en ce qui concerne certaines règles des examens, mais les recteurs d'université se déclarent impuissants à modifier le recrutement des examinateurs, puisqu'il résulte d'une loi, confirmée par des décrets postérieurs.

M. Bienvenu-Martin demande si l'on a remarqué que certaines des décisions de ces jurys aient été critiquables, s'il y a eu chez eux du parti-pris.

M. Godon dit que ces décisions sont critiquées depuis quinze ans, des deux côtés, avec une telle violence, que cela a abouti à la faillite du premier décret et de l'organisation qu'il avait créée. Quant au dernier, les écoles espèrent en surveiller et en contrôler l'application.

Une haute autorité, M. Brouardel, doyen de la Faculté, qui était cependant étatiste et bienveillant envers les examinateurs qu'il avait désignés, a déclaré que leur examen n'existait pas, « qu'il était de pure apparence ». C'est son expression même.

M. le président donne lecture de cette déclaration de M. Brouardel :

« Nous ne sommes pas parvenus à instituer un troisième examen » probant en vue du diplôme de chirurgien-dentiste. A Paris, l'examen a lieu dans les hôpitaux, devant un jury émanant de la Faculté; » mais l'opinion unanime des maîtres qui font partie du jury est que » l'épreuve de prothèse dentaire ne présente aucune garantie sérieuse. Autant, en effet, la Faculté est à l'aise pour faire passer » des examens médicaux chez elle ou à l'hôpital, autant elle est gênée » pour présider une preuve de prothèse dans les hôpitaux, ou il » n'existe pas d'installation suffisante ; l'épreuve est alors réduite à » l'ablation d'une dent, au sondage d'un abcès dentaire, quelquefois » à l'obturation d'une carie ; de toutes manières, c'est un examen de » pure apparence[1]. »

M. Godon ajoute que c'est une déclaration du doyen de la Faculté de médecine qui a emporté les dernières hésitations et qui a amené successivement le comité consultatif de médecine et de pharmacie et le Conseil supérieur de l'instruction publique, après une résistance de plusieurs années, à accepter les revendications des écoles et à faire promulguer un nouveau décret qui leur donne satisfaction sur presque tous les points, excepté sur la question de la nomination des membres du jury et sur quelques autres points moins importants. On va donc encore charger d'appliquer les mesures prévues à ce décret des examinateurs qui sont tout à fait opposés en principe à l'examen qu'ils font passer et au titre qu'il confère.

M. le président dit qu'en résumé il y a deux sections dans le monde dentaire, les chirurgiens-dentistes et les médecins dentistes. Ce sont les médecins dentistes qui font passer l'examen aux chirurgiens-dentistes et le décret de 1909, malgré les améliorations qu'il apporte, ne peut pas modifier cette situation, parce qu'on est lié par la loi de 1880 sur la collation des grades.

M. Godon revient alors sur le budget de l'Ecole, en communique les chiffres principaux, indique le montant des droits payés par les étudiants, le nombre de ceux-ci, fait connaître que le Directeur et les administrateurs ne touchent aucun traitement, et il répond à M. Reymond que les professeurs ne reçoivent que de très légères indemnités.

M. Bienvenu-Martin demande si l'Ecole ne donne pas des soins gratuits, à l'occasion desquels elle ne fait payer que les fournitures, couronnes d'or, etc.

---

[1] Voir rapport déjà cité.

M. Godon répond affirmativement. L'Ecole a à cet égard une entente avec l'Assistance publique ; elle a d'ailleurs été reconnue d'utilité publique. Le Directeur de l'Assistance publique a assimilé deux écoles dentaires parisiennes aux dispensaires de son Administration et c'est à cause de cette assimilation, que le nouveau décret tient compte de ces écoles d'une façon un peu plus officielle que le décret précédent. Autrement dit, il est prévu que les examens pourront être passés dans ces écoles parce que ce sont des dispensaires de l'Assistance publique ; elles sont annexées à l'A. P. Cela a été reconnu dans le rapport de M. le professeur Guignard et dans le décret. C'est là un commencement de lien officiel que les dentistes souhaiteraient voir se développer, surtout en ce qui touche cette question des examens.

M. Godon fournit quelques indications sur le budget des autres écoles parisiennes et de l'Ecole dentaire de Lyon, ce qui donne à peu près 700.000 francs de dépenses pour l'enseignement dentaire libre. En face d'un tel chiffre, les trois établissements d'Etat : Nancy, Bordeaux, Lille, en comptant 20.000 francs pour chacun, ce qui est un grand maximum, n'arrivent même pas à 70.000 francs.

M. le président demande quelles sont les autres sources de recettes du budget de l'Ecole.

M. Godon répond : Les membres de la Société, par exemple, et, sur la demande du président, fait ressortir l'origine des ressources et dépenses de l'Ecole.

Le président demande à M. Godon son opinion sur le projet consistant à n'accorder l'exercice de l'art dentaire qu'aux docteurs en médecine.

M. Godon répond que ses confrères et lui considèrent que si, en principe, on peut partir de ce fait que les dents appartiennent à l'organisme pour dire que celui qui s'occupe de maladies de l'organisme peut s'occuper des dents comme du reste, cependant, en fait, on constate que, dans toutes les civilisations un peu avancées, il y a eu des techniciens s'occupant spécialement des dents et qui n'étaient pas des médecins. A Rome, il y avait des dentistes, dont on parle dans plusieurs auteurs latins. Il y en avait à Athènes, et un peu partout, les fouilles ont mis sur la trace de praticiens qui s'occupaient spécialement des affections des dents.

A Paris, il en a toujours été de même. Il n'y a guère que dans les endroits où un praticien ne pourrait pas vivre, qu'on trouve, comme dans certains villages, en Afrique, un sorcier, un prêtre, ou un médecin qui fait tout, médecine et art dentaire. Partout où la civilisation est quelque peu développée, il y a un praticien spécial pour les dents.

Le président ajoute qu'actuellement certains craignent que si l'on exige encore le doctorat en médecine du praticien dentaire, on ne trouve pas assez de dentistes. Déjà le dentiste ne peut aller partout, comme va le médecin, il est forcément localisé dans les agglomérations un peu importantes, et on ne pourrait guère en trouver à la campagne.

M. Godon répond que cette constatation seule suffirait à montrer le danger que présenterait l'obligation du doctorat en médecine pour les futurs dentistes. Si le besoin de dentistes-docteurs en médecine se faisait sentir, il y a 22.000 docteurs en médecine en France, qui auraient pu en fournir spontanément. Le nombre infime des docteurs en médecine qui se sont faits dentistes depuis 20 ans (500 environ) montre que cette nécessité n'existe pas.

Le président, à ce point de vue, rappelle l'opinion de M. Guignard. Il disait que tant l'enseignement public ne fait pas l'art dentaire, il est impossible de réunir obligatoirement le doctorat en médecine et l'art dentaire, mais que, le jour où l'enseignement public permettrait la formation des chirurgiens-dentistes, il n'y aurait non seulement aucun inconvénient, mais il n'y aurait que des avantages à identifier stomatologistes et chirurgiens-dentistes. Mais on n'est pas encore prêts.

M. Godon dit qu'on ne le sera jamais. Tout d'abord, partout où l'Etat fait de l'enseignement dentaire, il ne fait que l'enseignement dentaire d'urgence. Même les hôpitaux de Paris, si bien organisés pour d'autres services, sont à ce point de vue tout à fait rudimentaires, cela a été constaté par M. Brouardel dans la citation précédente : ils ne peuvent faire autre chose que de la dentisterie d'urgence. Les Facultés de médecine n'ont pas d'enseignement dentaire, elles n'en ont jamais eu, et si elles veulent créer des enseignements de spécialités, comme cela a été dit devant la Commission des réformes, il y a bien d'autres chaires à créer avant celle de stomatologie. En supposant même qu'on la crée, ce n'est pas en vingt leçons, en trente leçons, qu'on remplacera un enseignement, qui, dans les écoles dentaires, comprend onze cliniques spéciales par jour, occupe cent membres du corps enseignant et s'étend sur une durée de cinq années.

D'après le nouveau programme d'enseignement, toute la journée est occupée par l'enseignement dentaire. De 8 heures 1/2 à midi, ce sont les cliniques : clinique de chirurgie dentaire, clinique de dentisterie opératoire, cliniques de prothèse, clinique d'anesthésie, clinique de stomatologie, il y en a onze. Tous les jours, les élèves passent par séries à des travaux pratiques, qui occupent l'après-midi : dentisterie opératoire, obturations, aurifications, procédés de réparation des dents plus ou moins détruites, prothèse, construction et application des appareils. Enfin, le soir de 5 h. à 7 h., à raison de deux cours par jour, une fois par semaine pour chaque cours, il est encore fait dix ou douze cours sur des matières dentaires.

Le président demande des renseignements sur le personnel enseignant, M. Godon les fournit et ajoute que, suivant l'expression de

M. Brouardel, on ne pourra jamais donner dans les hôpitaux ou dans les Facultés qu'un enseignement d'apparence, qu'un enseignement d'urgence.

Le président demande si le chirurgien-dentiste, tel que le fabriquent les écoles, a tous les droits possibles, ou s'il y a certaines circonstances où il est obligé de faire appel au médecin. La loi elle-même ne prévoit-elle pas ces circonstances ? En un mot, a-t-il la plénitude des pouvoirs médicaux, chirurgicaux, etc. ?

M. Godon répond qu'il ne doit pas, à son avis, dépasser les dents et la région gingivo-dentaire.

Le président demande si, dans cette région même, il ne peut pas se produire des complications auxquelles il ne peut pas faire face lui-même.

M. Godon répond que les stomatolgistes disent cela, mais ce n'est pas exact. Eux-mêmes font, comme les dentistes, appel aux médecins, ils ont tout avantage à appeler le médecin de la famille lorsque le mal est sur la frontière, lorsqu'il est autant dans le domaine du médecin que dans celui du dentiste.

D'ailleurs le terme *stomatologistes* est une appellation inexacte. Les stomatologistes sont dentistes comme les autres, et chaque fois qu'il s'agit d'une question de pure stomatologie, ils font appel au médecin de la famille, car, lorsqu'on a une affection de la langue, des joues, un cancer ou une complication syphilitique, lorsqu'on a une affection des amygdales, une angine, ce n'est ni un dentiste ni un stomatologiste qu'on va consulter : c'est un médecin ou un chirurgien. Le patient qui va trouver le dentiste est généralement un homme bien portant qui a seulement des dents malades.

M. Bienvenu-Martin pose une question à propos de l'emploi des anesthésiques, question à laquelle répond M. Godon.

Le président dit à M. Godon : Voulez-vous me permettre une question un peu personnelle ? Pourquoi avez-vous fait votre médecine ?

M. Godon lui répond : On m'a souvent dit : « Il y a là une contradiction, mais ce n'est qu'une apparence de contradiction ; je l'ai déjà expliqué [1] ».

J'ai fait ma médecine d'abord parce que je suis directeur d'Ecole dentaire et professeur dans une école dentaire.

Lorsqu'un dentiste veut faire de l'enseignement, on peut dire que plus il ajoute de titres scientifiques ou médicaux à ses titres techniques, plus il s'instruit, mieux cela vaut.

De plus, j'ai voulu me rendre compte si les études médicales complètes sont absolument nécessaires aux dentistes ; j'ai voulu pouvoir parler de cette question en connaissance de cause. Je pouvais m'imposer d'apprendre tout cela, mais je me suis rendu compte que je ne pouvais le laisser imposer à tous nos élèves.

---

[1] V. *L'Evolution de l'art dentaire.*

Si en principe il semble qu'on puisse dire que tous les dentistes devraient être docteurs en médecine, dans l'application on aurait tort d'imposer cette obligation, car il n'est pas possible d'ajouter les cinq ans d'études techniques nécessaires pour être dentiste aux sept ans d'études médicales.

L'idéal serait évidemment que tous eussent fait toutes les études médicales et techniques complètes. Mais l'objection est d'ordre pratique ; on ne peut demander douze années d'études à tout le monde. Il y a en outre une autre considération qui explique pourquoi nous sommes d'avis que la médecine ne peut venir qu'après les études dentaires, c'est la nécessité de développer l'habileté manuelle de très bonne heure, car c'est à ce moment que physiologiquement elle s'acquiert le mieux. C'est pourquoi, comme l'indique le rapport de M. Guignard, on a donné satisfaction à nos désirs en obligeant les jeunes gens à faire un stage de prothèse de deux ans à 16 ou 17 ans, pour développer cette habileté manuelle.

M. Bienvenu-Martin demande si certains dentistes n'ont pas réclamé l'institution d'un doctorat spécial.

M. Godon répond affirmativement. Individuellement, les dentistes comprennent la nécessité d'études aussi complètes que possible ; ils sont en tout cas pour l'autonomie de cet enseignement. Leur idéal, c'est la situation de l'Ecole de pharmacie de Paris, qui est distincte de la Faculté de médecine ; leur idéal, c'est la création de facultés de dentisterie, sur le modèle de celles des Etats-Unis. Là, l'Université comprend, parmi la série des autres facultés, une Faculté de dentisterie, ayant un enseignement et une organisation autonomes. Qui dit Faculté dit en conséquence tous les grades d'une Faculté : ils souhaiteraient donc voir ajouter à leur diplôme de chirurgien-dentiste, le seul nécessaire, à leur avis, pour l'ensemble du pays, un grade plus élevé, plus scientifique, parmi les titulaires duquel l'Etat recruterait dans l'avenir son corps enseignant, ses examinateurs, etc. Il y aurait pour cela deux solutions : ou les Universités créeraient un doctorat en odontologie, comme on a créé le doctorat en pharmacie, ou les pouvoirs publics créeraient le titre de docteur en chirurgie dentaire, comme cela existe aux Etats-Unis, au Canada, au Brésil, et dans nombre d'autres pays.

M. Lintilhac dit avoir entendu des dentistes se plaindre que la concurrence leur vient surtout de médecins qui, ayant fait une médiocre médecine, s'improvisaient dentistes. N'y aurait-il pas moyen de remédier à cela en exigeant du médecin qui s'établit dentiste la preuve de cette pratique manuelle dont parlait M. Godon et qui doit être commencée si jeune ?

M. Godon répond que les dentistes souhaiteraient que les pouvoirs publics pussent mettre un terme à cet abus. Malheureusement, il y a déjà une vingtaine d'années, Paul Bert, qui présidait une des réunions de l'Ecole dentaire et qui d'ailleurs abondait dans le sens des dentistes, leur disait : « Quant à cela, vous ne pourrez pas l'empêcher ; vous ne pouvez pas empêcher un docteur en médecine, qui a le droit de couper la moitié d'un individu, d'enlever une dent à ce même individu ».

Le même sénateur ajoute qu'en outre, les malades d'un quartier ou d'une localité, auxquels ce médecin fait déjà des visites en tant que docteur en médecine, auront déjà une sympathie préexistante pour lui quand il se présentera comme dentiste.

M. Godon répond qu'en Allemagne les pouvoirs publics s'occupent de la question. Aux Etats-Unis, dans certains Etats, on l'a résolue en disant que le médecin a le droit d'agir dans les cas d'urgences, d'extraire une dent, par exemple, mais qu'il ne peut se livrer à une pratique suivie de la dentisterie, s'il n'a pas fait les études techniques, s'il n'est pas chirurgien-dentiste.

Le même sénateur pose alors la question inverse : M. Godon a dit tout à l'heure qu'un avarié s'adressait d'abord au médecin bien plus qu'au dentiste. Cependant, il doit savoir qu'une sorte d'avarie inconsciente se traduit par des phénomènes de lésions buccales, stomatiques. L'avarié va de bonne foi chez le dentiste ; est-ce que tout dentiste est capable de reconnaître les lésions spéciales à la syphilis quand elles siègent dans son domaine à lui, c'est-à-dire les dents et les gencives, pour renvoyer le malade au médecin ?

M. Godon répond : oui, s'il a fait des études dentaires complètes, et l'examinateur a pour devoir de ne donner une bonne note au candidat que s'il s'est assuré que sur ces points où il peut être dangereux : syphilis, tuberculose, anesthésie, le candidat est suffisant.

Le dentiste doit pouvoir diagnostiquer la syphilis buccale, on le lui a montré ; il existe pour cela des cliniques médicales dans les hôpitaux, les élèves vont à l'hôpital Lariboisière à cet effet, dans les services du Dr Tapret et des professeurs Launois et Sebileau.

De même, l'élève dentiste doit connaître assez l'emploi de l'anesthésie pour ne pas constituer un danger. C'est pour cela que sont institués les examens et le diplôme d'Etat.

Un membre fait observer que la loi de 1892 a décidé que nul ne pourrait exercer la profession de dentiste s'il n'est docteur en médecine ou chirurgien-dentiste. C'est la charte, en ce qui concerne les conditions d'exercice de la profession ; la loi met donc sur la même ligne, au point de vue des conditions d'aptitude, les deux diplômes de docteur en médecine et de chirurgien-dentiste. Or, il y a des Facultés de médecine où l'art dentaire n'est pas enseigné, celle de Paris est du nombre, et ces facultés délivrent des diplômes qui donnent le droit d'exercer la profession de dentiste ! Il y a là quelque chose d'excessif.

M. Godon estime que c'est le reproche qu'on peut faire au doctorat en médecine par rapport à toutes les spécialités, du moins pour beaucoup de Facultés.

La Commission a d'ailleurs posé la question suivante : « Considère-t-on l'étudiant comme suffisamment armé, lorsqu'il a son diplôme de docteur en médecine, pour pratiquer la médecine ? »

Dans la plupart des cas, il répondra non. Mais c'est encore bien plus évident pour l'art dentaire. La loi permet au docteur en médecine d'être dentiste, mais, dans la pratique, il ne peut pas l'être, parce qu'on ne lui enseigne, et encore dans certaines facultés seulement, qu'une petite partie de l'art dentaire.

Le même sénateur dit que cependant, en droit, rien n'empêche un docteur en médecine, qui voit dans l'art dentaire une veine profitable à exploiter, de se faire dentiste. Dans beaucoup de localités de 18 ou 20.000 habitants, pas davantage, un dentiste habile fait souvent plus qu'un médecin. Il connaît l'un d'entre les plus réputés, qui habite une ville de 20.000 habitants, et qui passe pour se faire de 20 à 25.000 fr. Il faut qu'il travaille beaucoup pour cela, mais il peut y arriver. Or, dans une ville de cette importance, il est difficile de trouver un médecin qui en fasse autant.

Il y a donc là une veine qui peut être fructueuse pour les médecins, même lorsqu'ils sortent d'une faculté où l'on n'enseigne pas l'art dentaire. Ils en seront quitte pour s'initier très rapidement à l'art dentaire en suivant une clinique, en prenant quelques leçons. Mais, comme ils ne sont pas astreints à la scolarité de trois ans exigée pour le diplôme de chirurgien-dentiste, ils auront vite fait leur apprentissage. Dès qu'ils auront une teinture de l'art dentaire, ils iront l'exercer en province. Il y a là quelque chose de fâcheux.

M. Godon répond que c'est contre cela que luttent les dentistes. L'Administration, pendant quinze ans, a considéré comme *persona grata*, comme digne des fonctions dentaires officielles, ce docteur en médecine auquel elle n'a rien appris, et cela à l'exclusion des dentistes qui pratiquent la technique de leur art. De là l'antagonisme, de là le conflit constant entre les représentants officiels, entre les examinateurs, et ceux qu'ils sont chargés d'examiner, les premiers ignorant l'art qui sera exercé par les seconds.

Le président dit qu'en somme, un médecin, en six mois d'études, peut arriver à se faire la main assez habile pour tirer parti de l'art dentaire, tandis que le vrai dentiste doit mettre cinq ans.

M. Godon constate d'ailleurs que beaucoup de médecins, attirés par la propagande des stomatologistes qui voudraient grossir leurs rangs, et désireux de s'installer dentistes après des études techniques insuffisantes, reconnaissent vite que cela ne leur donne pas les profits attendus et que beaucoup d'entre eux abandonnent cette profession.

Pour que ces docteurs en médecine réussissent, ils faut qu'ils prennent le cabinet d'un ancien dentiste ayant déjà de la clientèle; de la sorte, ils complètent graduellement un apprentissage insuffisant.

Un jeune docteur en médecine, ayant des aptitudes pour les travaux manuels, peut, en deux ans, faire des études dentaires suffisantes au point de vue technique.

M. Godon ajoute que les dentistes sont tout à fait satisfaits du nouveau décret; ils ne lui font que deux reproches: ils regrettent que le stage puisse se faire chez les dentistes, et qu'il ne puisse pas se faire uniquement dans les établissements dentaires, parce qu'il y a des nécessités d'enseignement scientifique, des cours de physique, de chimie, des travaux pratiques de chimie, etc., que les stagiaires ne pourront pas avoir dans un cabinet. De plus, le contrôle sera difficile à organiser. Les dentistes n'ont d'ailleurs pas protesté très énergiquement, afin de laisser passer le décret qui leur apportait d'autres avantages réels.

Enfin, il y a la grosse question du jury d'examen, qui est dominée par la loi de 1881.

La déposition a pris fin sur ces paroles. Avant de se retirer M. Godon a remercié les commissaires de leur bienveillante attention.

Il leur a fait parvenir à bref délai les documents utiles pour compléter sa déposition, comme ils avaient bien voulu le lui demander, documents dont voici la liste:

LISTE DES DOCUMENTS JOINTS:

1° Rapport à M. le Recteur de l'Académie de Paris (1904);

2° Notions d'art dentaire nécessaires au médecin (1903) (2 vol.);

3° Le doctorat dentaire (1904);

4° L'enseignement de la stomatologie dans les Facultés de médecine (février 1908);

5° Rapport de la Commission des réformes des études dentaires (mars 1908);

6° Pétition stomatologique. Réfutation odontologique (avril 1908);

7° L'unité professionnelle (juillet 1908);

8° Programme de l'enseignement de l'Ecole dentaire de Paris (1908-1909);

9° Programme du stage;

10° L'évolution de l'Art dentaire, l'Ecole dentaire, son histoire, son action, son avenir (Paris, 1901);

11° Groupement professionnel de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale des dentistes de France. Statuts et Règlements, etc., etc.

29e ANNÉE. N° 19 15 OCTOBRE 1909 VOL. XLII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

LES LOIS DE L'ÉQUILIBRE ARTICULAIRE DES DENTS ET DES ARCADES DENTAIRES.

Réponse à quelques critiques.

Par CH. GODON.

Il a paru dans les numéros de novembre et de décembre dernier de la *Revue de Stomatologie* une étude de mon travail sur l'*action mécanique de la mâchoire et ses applications à l'art dentaire*[1] que M. Pierre Robin a faite devant la Société de Stomatologie de Paris, à ses séances de mai et de juillet 1908.

Les critiques qu'il m'adressait ne m'avaient pas paru très sérieuses, comme du reste on me l'avait écrit de divers côtés ; il m'avait semblé qu'il n'était pas bien utile que j'y répondisse, le bon sens de ceux de mes confrères qui se sont intéressés à cette question devant suffire pour en faire justice et juger les procédés étranges de discussion employés par M. Pierre Robin.

D'autre part, j'étais occupé par des travaux plus urgents, comme la réorganisation des programmes d'études et d'examens dentaires, nécessités par les récents décrets de janvier et de juillet.

C'est pourquoi je n'ai pas répondu plus tôt ; j'attendais, vainement, du reste, la suite de l'étude annoncée page 545 de la *Revue de Stomatologie*.

---

[1] Voir *Odontologie*, 1906.

Le Congrès de Lille d'abord, puis le Congrès de Berlin, qui m'avait fait l'honneur de me demander pour l'Assemblée générale un rapport sur l'occlusion, m'ont rappelé l'étude de M. Pierre Robin. Au cours de mon rapport j'ai été amené à faire quelques réponses indirectes aux principales critiques.

Mais maintenant que ces Congrès sont terminés, je profite des quelques instants de loisirs qui me restent avant la fin des vacances, pour faire à mon contradicteur une réponse plus complète.

Tout d'abord, l'auteur déclare courtoisement, au début de son étude, que les « erreurs grossières » que contient mon travail l'empêchent de lui accorder un crédit quelconque et le mettent même dans l'impossibilité de le discuter, et cependant il lui consacre deux séances de sa Société et plus de vingt pages dans deux numéros de son journal !!!

Il y a là au moins un défaut de logique, dont je ne saurais me plaindre, mais que je dois constater et relever. Puis, faisant porter toutes ses critiques, — nous verrons plus loin avec quelle justesse, — sur la partie complémentaire de mon travail, il néglige la partie principale dans laquelle, rappelant tous les travaux des prédécesseurs, je déduisais, sous forme de conclusions, les principes de mécanique physiologique ou lois de l'équilibre articulaire que, après y avoir mûrement réfléchi, je persiste à considérer comme les bases fondamentales de la dentisterie moderne et que l'on peut résumer ainsi :

1° Les dents, quoique douées d'une certaine mobilité et soumises à des pressions ou forces diverses, sont maintenues en état d'équilibre articulaire parfait dans les arcades dentaires, parce que des pressions contraires annulent les premières forces ;

2° Lorsqu'une ou plusieurs de ces forces viennent à manquer, les forces restantes déplacent les dents dans le sens de leur résultante, produisant ainsi une rupture de l'équilibre articulaire des dents et des arcades dentaires avec des conséquences pathologiques diverses ;

3° La première indication d'une bonne thérapeutique dentaire dans toutes ses interventions, après le traitement de la douleur, est le rétablissement de cet équilibre physiologique par la reconstitution des contacts articulaires détruits et des forces qu'ils représentent ;

4° Ces forces qui assurent l'équilibre articulaire ou produisent sa rupture se combinent entre elles, s'ajoutent ou s'annulent, conformément au parallélogramme des forces.

Les principes exprimés par les trois premières lois se justifient au point de vue physiologique et clinique ; j'ai essayé également, comme l'indique la quatrième loi, de les démontrer par les mathématiques et la géométrie. Les vingt pages de critiques de M. Pierre Robin portent presque uniquement sur cette partie du travail. Mais alors que j'ai indiqué dès le début que les figures géométriques que je présentais étaient purement schématiques, c'est-à-dire des « *figures servant uniquement à la démonstration et représentant, non la forme véritable des objets, mais leurs relations et leur fonctionnement dans des conditions de simplicité, qu'une représentation exacte ne permettrait pas*[1] », M. Pierre Robin raisonne mathématiquement à leur sujet en me reprochant de laisser indéterminés certains points d'application des forces ou de leur intensité, sans vouloir considérer si l'étude des phénomènes et les conclusions importantes que ces schémas avaient pour but d'expliquer, étaient dénaturées dans leur essence propre ou dans leur modalité. Je signale ce procédé de discussion.

Dans ces figures schématiques, je me suis contenté, après avoir fait une succession de figures que j'ai cru inutile de reproduire, de représenter par une force verticale la réaction de l'alvéole, et par des forces perpendiculaires aux parois celles qui naissent à leur contact, et cela a suffi pour établir une figure schématique qui démontre d'une façon très claire que, si l'une des forces vient à manquer dans le polygone d'équilibre, la dent soumise dès lors à une résultante non neutralisée devra fatalement se déplacer dans le sens de cette résultante.

---

[1] Voir *Dictionnaire universel encyclopédique. Nouveau Larousse*, tome VII^e, page 584.

C'est là une doctrine de simple bon sens, et pourtant, M. Pierre Robin s'étonne que, dans les nombreux Congrès où elle a été produite, aucune voix ne se soit élevée pour protester contre cette manière de voir.

C'est que chacun avait compris l'utilité de ces figures qui démontraient la nécessité de rechercher le moyen de remplacer dans chaque cas particulier les résistances disparues ou de faire tout ce qui est possible pour éviter qu'elles ne disparaissent.

Il est évident que les figures proposées sont des solutions partielles indiquant la marche à suivre dans tous les cas, mais il est impossible de formuler, dans l'état de nos connaissances, l'équation totale, par suite de la difficulté d'appliquer les formules mathématiques aux problèmes de la physiologie, étant donné la multiplicité des facteurs qu'il faudrait considérer. Je me propose d'ailleurs de revenir sur la question.

Du reste, comme réponse à ces critiques, je ne puis mieux faire que de reproduire, parmi les lettres qui m'ont été adressées à la suite des critiques de M. Pierre Robin, une lettre émanant d'un ami aussi compétent en ces questions de mathématiques qu'obligeant et dont il est inutile de citer le nom, l'argumentation seule ayant de l'intérêt dans la question[1] :

« La critique du D^r^ Pierre Robin, qui affecte une allure de grande précision scientifique, contient une erreur mathématique grossière.

» A la page 538, il écrit :

$$AO = C'O + D'O$$

admettant ainsi que dans un triangle un côté est égal à la somme des deux autres !

» On pourrait objecter qu'il s'agit ici d'une somme géométrique. Mais rien ne le dit dans le texte, l'auteur n'emploie pas la notation généralement usitée dans ce cas :

---

[1] Pour la clarté de l'exposé nous reproduisons ici nos premières figures.

$$(AO) = (C'O) + (D'O)$$

et enfin il donne bien à cette relation une signification algébrique et numérique quand il écrit: « Ces quatre résultantes AO, BO, CO, DO, qui sont les diagonales du parallélogramme ABCD, ne représentent pas que l'ensemble des actions des quatre forces C'O, B'O, B''O, D'O, mais bien le double. » Ceci est complètement erroné.

FIG. 1

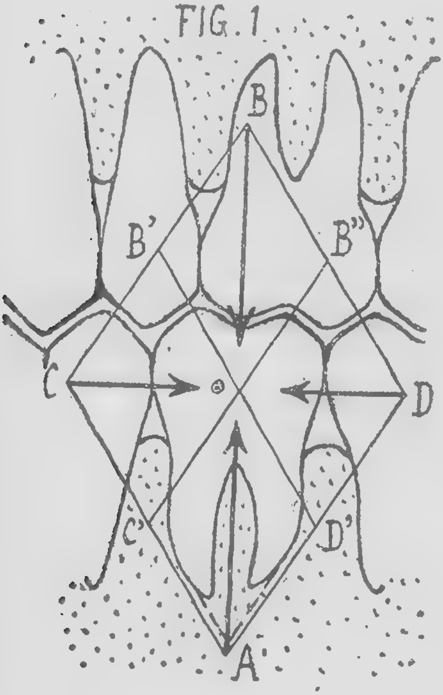
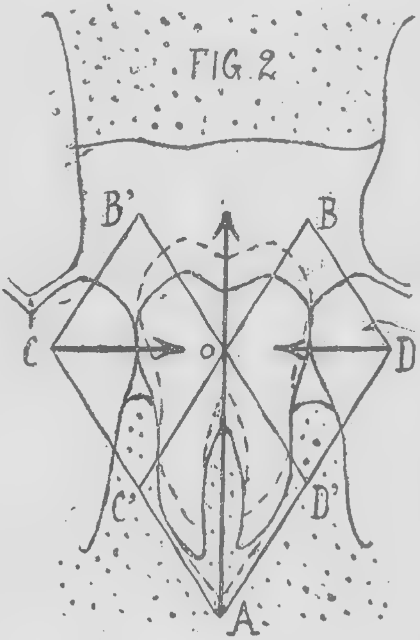


FIG. 2



» Le reste de la critique ne paraît pas bien sérieux.

» A la page 537, l'auteur prétend que M. Godon a oublié de caractériser les forces qu'il emploie, et qu'il n'a indiqué ni leur point d'application, ni leur direction, ni leur intensité.

» Or, il s'agit de pressions s'exerçant entre les dents et se transmettant aux diverses articulations ; ces pressions ont leur point d'application au contact des dents ou au niveau des articulations, elles sont normales aux surfaces pressées et l'on trouve à la page 14, d'après plusieurs auteurs, une évaluation numérique du pouvoir écrasant des mâchoires. Les vingt premières pages du travail de M. Godon donnent à ce sujet tous les renseignements nécessaires.

« A la page 539, M. Pierre Robin critique la construction des polygones des forces et prétend que deux forces concourantes doivent être appliquées à leur point de rencontre. Mais tout le monde sait qu'une force peut être appliquée en un point quelconque de sa direction, matériellement relié à son point d'application, et la dent forme un système matériel dont tous les points sont matériellement reliés.

FIG 3.

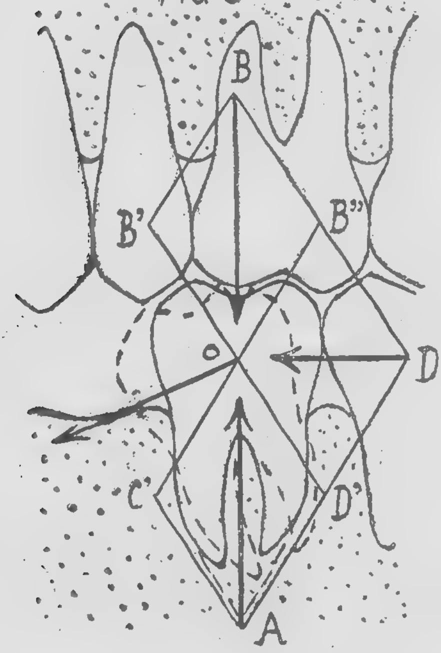
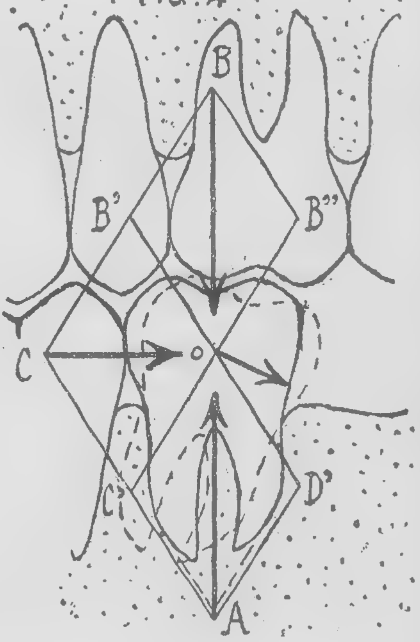


FIG. 4



» La critique d'avoir traité le problème au point de vue statique et non au point de vue dynamique n'est que spécieuse. En mécanique on traite souvent la même question des deux façons. C'est ce que l'on fait par exemple pour l'équilibre du levier.

» A la page 540, l'auteur de la critique s'étonne de la symétrie des figures et conclut : « En posant ainsi le problème, M. Godon le résolvait : toutes les forces sont dessinées égales et contraires, l'équilibre est assuré, il est maintenu. » Evidemment, le cas traité dans ce travail est un cas type, particulièrement simple. Il serait intéressant de refaire les mêmes constructions dans des cas divers, et de comparer les résultats théoriques avec les résultats cliniques obtenus[1]. »

Quant au polygone de rupture d'équilibre, je n'admets pas davantage les critiques de M. Pierre Robin, sauf pour la figure 2, qui, pour plus de précision, pourrait être modifiée, non pas exactement comme l'indique M. Pierre Robin (voir fig. 2 *bis*) car, quoique par la figure qu'il propose il ne modifie pas la direction de la résultante AO, cette figure pourtant est inexacte parce qu'elle est trop réduite.

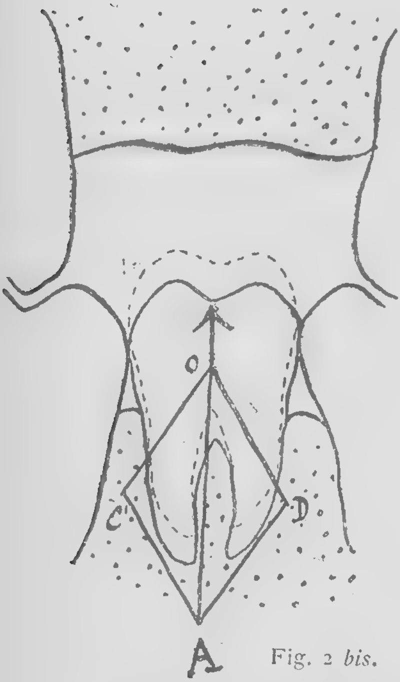


Fig. 2 *bis*.

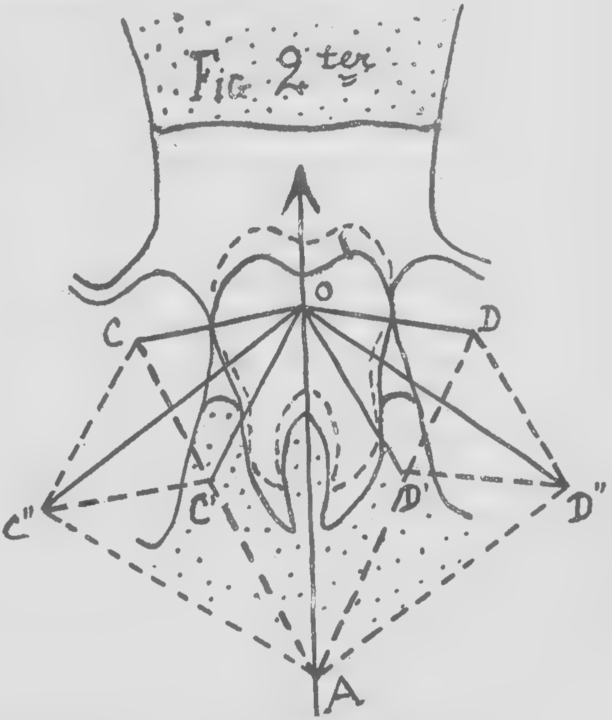


Fig. 2 ter

Elle doit s'inscrire ainsi qu'il est indiqué par la fig. 2 *ter*.

---

[1] Voir à ce sujet la communication de M. G. Villain, au Congrès de Clermont-Ferrand, sur la dent à pivot. *Odontologie*, 1909.

Car les forces CO et DO, sitôt que la dent et le point O ont commencé leur mouvement dans la direction AO, cessent de s'annuler n'étant plus directement opposées, mais elles continuent d'exister, sinon comme résultantes des parallélogrammes B'OC'C et B''OD'D, au moins comme forces produites par les pressions mésiales et distales exercées par les deux dents contiguës, ce qui donne, pour la recherche des résultantes, trois parallélogrammes nouveaux dont les deux premiers COC'C'' et DOD'D'' ont pour résultantes C''O et D''O qui viennent comme on le voit dans le 3^e parallélogramme OC''AD'', se composer en une résultante AO qui s'ajoute à la force déjà appliquée en A.

On voit par cet exposé l'inexactitude des critiques de M. Pierre Robin en ce qui concerne la partie mathématique de mon travail.

Au point de vue clinique, et quoique ce soit, à mon avis la partie la plus importante, M. Pierre Robin se borne à déclarer que c'est affaire d'appréciation et qu'il n'est pas à cet égard de l'avis de l'auteur, et c'est tout..... Je ne puis considérer comme de la discussion sérieuse et digne d'être retenue son argumentation relative à la dent de sagesse, page 544 « qui, écrit-il, n'ayant pas de dent du côté distal pour opposer une force DO à la force CO produite par la pression de la deuxième molaire devrait fuir indéfiniment en arrière, suivie de la deuxième molaire (qu'il appelle la dent de dix ans) et de toutes les autres dents qui vont être, en vertu du parallélogramme des forces, renversées et culbutées dans le pharynx ». On se demanderait avec anxiété où s'arrêterait cette chute prédite par M. Pierre Robin et les complications graves qui en résulteraient si, chose à laquelle M. Pierre Robin n'a pas songé, la nature prévoyante n'avait placé la dent de sagesse dans une position oblique d'arrière en avant et ne l'avait adossée contre la branche montante du maxillaire qui constitue une force DO capable de neutraliser la force CO et sauve du même coup les dents de leur chute dans le pharynx et le parallélogramme des forces des épigrammes de M. Pierre Robin, parallélogramme contre lequel il a déjà au début, sans succès du reste, lancé « un caillou choisi dans un tas » suivant la loi d'une balistique primitive appliquée à l'art dentaire (page 537)[1].

Il me semble comme l'a pensé mon aimable correspondant, dont j'ai cité plus haut la réfutation, qu'il est inutile pour le moment d'insister davantage pour montrer l'inanité des critiques de M. Pierre Robin, et les erreurs dans lesquelles il est tombé à son tour[2]. Je pourrais ajouter, si je voulais imiter le ton dogmatique de magister de village qu'il a employé dans le cours de son étude et sans y attacher une grande importance, qu'il ne faut pas dire, par exemple, comme il le fait page 545 « toutes les arcanes » mais « tous les arcanes », attendu que arcane est masculin ; il a été très certainement trompé par la désinence féminine du mot arcane.

J'ai fait une consciencieuse étude qui m'a demandé quelque travail, la plupart des ouvrages que j'ai dû consulter et citer étant publiés en langue anglaise ou allemande. Les conclusions auxquelles je suis arrivé ne sont pas présentées, ainsi que le prétend M. Pierre Robin, comme une panacée universelle, mais comme ayant en dentisterie des applications nombreuses ; nous pourrions citer par exemple, l'extraction de la dent de six ans qui était préconisée et pratiquée d'une manière systématique par l'Ecole Stomatologique au grand dommage des mâchoires et dont les lois de l'équilibre articulaire ont démontré les fâcheuses conséquences.

J'ai pour habitude de rechercher et d'écouter la critique, y attribuant toujours une valeur utile, l'erreur étant chose humaine suivant le proverbe latin. Mais je crois avoir démontré pour tous les esprits impartiaux que mon travail ne méritait pas les jugements sévéres qu'a portés M. Pierre Robin.

---

[1] Il ne faut pas oublier non plus l'engrènement spécial de cette dent et la courbe compensatrice de l'arcade dentaire.

[2] J'ai retrouvé en parcourant le compte rendu de la séance du 18 mai de la Société de Stomatologie une critique plutôt amusante due à un ancien président de cette société. Il prétend que j'étais parti d'un « fait d'observation courante pour construire mon parallélogramme et que c'était une manière d'introduire la géométrie dans la physiologie tout à fait commode et un peu nouvelle ».

C'est une méthode scientifique peut-être commode, mais en tout cas pas nouvelle, car la marche de l'homme, sa vision, son audition sont des faits d'observations courantes, et pour leur explication, on a, je crois, depuis fort longtemps déjà, introduit la mécanique, la physique et la géométrie dans la physiologie pour me servir des termes de mon très éminent mais vraiment un peu trop naïf contradicteur.

J'aurais bien voulu, comme je l'ai fait pour tous ceux qui m'ont adressé quelques observations au sujet de mon travail, remercier M. Pierre Robin de l'étude qu'il lui a consacrée. Malheureusement il a cru devoir la présenter sous la forme prétentieuse qu'il affectionne et qui se rencontre trop souvent dans les articles du maître de la maison stomatologique, quand il s'agit de juger le travail des dentistes ses confrères, forme que j'ai déjà eu l'occasion de relever plusieurs fois.

Ce ton dogmatique et pédantesque est rarement employé par les vrais savants. Il reste une sorte de cache-misère scientifique destiné à masquer la pauvreté de l'argumentation autant que l'étroitesse de vues de l'auteur, mais il n'en impose plus à personne depuis que la robe et le bonnet doctoral ne sont plus en usage que dans les comédies de Molière.

M. Pierre Robin se sert à tous propos de ses connaissances mathématiques pour justifier toutes ses démonstrations techniques et même ses théories stomatologiques sur l'organisation des études dentaires ; pour ma part, je ne saurais m'en plaindre, aimant assez cette tournure d'esprit ; mais, par un phénomène bizarre et à l'encontre d'un aphorisme de Pascal, que la géométrie est l'art de raisonner juste sur des figures fausses, avec M. Pierre Robin elle devient le plus souvent l'art d'établir des raisonnements faux sur des figures justes.

DE L'ÉTAT ACTUEL DE LA MÉDECINE DENTAIRE EN ALLEMAGNE

Par M. Parreidt, de Leipzig.

(Communication au 5^e Congrès dentaire international.)

Plus d'un confrère attiré des pays lointains par le Congrès dentaire international a bien déjà dû se poser la question suivante : « Dans quelles conditions se trouvent la médecine dentaire et ses représentants dans le pays du congrès ? » C'est à quoi va répondre l'étude qui suit. Si quelques-uns de mes confrères avaient désiré que quelque matière qui ne s'y trouve pas y eût été introduite ou que certaines parties eussent été plus étendues, je les prie de penser que la place fait défaut pour traiter toutes les parties d'un sujet aussi varié.

Si nos confrères étrangers veulent porter un jugement vrai sur des conditions qui leur sembleront peut-être singulières, il faut tout d'abord qu'ils sachent que la liberté de profession existe en Allemagne depuis 40 ans juste, même pour la médecine, c'est-à-dire que chacun peut traiter les malades à sa façon, pour autant qu'il s'y entend. Personne n'a le droit de lui demander s'il a pour cela des connaissances. Il est seulement responsable de ses actes, au civil et au correctionnel, d'après les bases édictées par le droit commun.

Naturellement il est fait un grand usage de cette liberté, aussi bien en ce qui concerne la médecine dentaire que pour la médecine en général, et là non plus les abus ne manquent pas.

Cependant bien que l'on en ait reconnu depuis longtemps les torts, on n'ose pas toucher à cette institution nuisible à la santé du peuple. On se borne à décréter des mesures pour en écarter les plus mauvais effets. C'est ainsi qu'il faut citer dans ce sens le projet de loi concernant l'exercice de la médecine par des personnes ne réunissant pas les connaissances nécessaires et sur la vente et l'ordonnance des médicaments. Mais ce projet reste en instance devant le Conseil fédéral et le Reichstag.

Maintenant on sera à même de comprendre pourquoi, en Allemagne, les dentistes approuvés se gardent avec tant d'appréhension de toute action commune avec les « dentistes non-approuvés ». Il nous faut chercher à démontrer clairement au public à tout instant que ces derniers n'ont rien de commun avec nous, pour qu'il reconnaisse bien quelle différence il y a entre « approuvés » et « non-approuvés ».

Toutes les personnes qui, en se basant sur la liberté d'exercice des professions, s'adonnent à la médecine ou à une de ses branches, à la médecine dentaire par exemple, seront traitées de charlatans par les « approuvés ». Ceux qui exercent la chirurgie dentaire sans approbation se font la plupart du temps nommer « dentistes ». Justement dans la loi dont je parlais plus haut il y avait un passage qui laissait supposer que les « dentistes » ne seraient pas considérés par le gouvernement comme des charlatans. Cela n'était pas expressément dit, cependant la plupart se hâtèrent de changer leur ancienne appellation pour prendre celle de *dentiste*. Généralement nous nommons ceux-là « techniciens dentaires » (Zahntechniker) ; à Hambourg on les appelle officiellement « traiteurs des dents » (Zahnbehandler). Eux-mêmes ont choisi différents noms : « artistes dentaires » (Zahnartist) à cause de la ressemblance, en allemand avec « Zahnarzt » médecin-dentiste ; de plus on rencontre « Zahnkünstler », autre forme de « artiste dentaire ». « Zahnatelier », atelier dentaire, et jusqu'à « Zahndentist » qui équivaudrait à « dentiste dentaire ».

Il y a peut-être ainsi 5.000 personnes en Allemagne, avec une instruction plus ou moins sommaire ou sans instruction du tout qui se trouvent rangées dans cette catégorie. Beaucoup d'entre elles ont été employées pendant trois années chez un médecin-dentiste, mais n'ont eu à s'occuper que de la préparation de pièces et ont appris toute la technique dentaire telle qu'elle est pratiquée dans les laboratoires. Jamais elles n'ont eu l'occasion d'entrer en contact avec les patients. Ces personnes ont alors suivi un cours quelconque de clinique dentaire chez un praticien ; elles traitent ensuite les dents malades tout comme les médecins approuvés.

Comme les autorités emploient aussi de temps à autre ces guérisseurs et qu'il est nécessaire que l'on trouve en eux des garanties nécessaires, on s'occupe d'organiser en leur faveur une sorte d'approbation. Celle-ci sera donnée par l'Etat, après que les postulants auront fait preuve de connaissances suffisantes devant une commission. Mais pour pouvoir prendre part à ces épreuves et obtenir l'approbation comme médecin-dentiste, il sera indispensable de remplir certaines conditions préalables, dont il sera parlé plus loin.

Une approbation de cette sorte sera nécessaire à tous ceux qui voudront prendre la dénomination de *médecin* (Arzt), comme : médecin-panseur, médecin-oculiste, médecin-accoucheur, médecin-dentiste ou médecin-vétérinaire. L'approbation ne confère pas d'autre droit que celui de porter le titre. Mais chacun, comme il est dit plus haut, continuera à pouvoir exercer la profession de médecin, même sans être pourvu de l'approbation. Enfin, seuls les certificats délivrés par les médecins approuvés ont une validité devant la loi ; seuls les médecins approuvés peuvent être pourvus de fonctions officielles, eux seuls peuvent exercer leur profession en tous lieux.

Comment peut-on obtenir l'approbation comme médecin-dentiste ? Les règlements sur les épreuves publiés le 15 mars 1909 vont nous renseigner à ce sujet.

Comme instruction générale on exige le certificat de maturité d'un établissement d'enseignement public supérieur comptant neuf classes, tel que lycée, collège, collège d'enseignement moderne ou école supérieure d'enseignement moderne avec latin. Puis commencent les études dans une Université de l'Empire allemand possédant une clinique dentaire. C'est le cas pour dix-neuf Universités ; seules celles d'Erlangen et de Tubingen n'en possèdent pas pour le moment. La plupart de ces cliniques sont des établissements particuliers, dont les propriétaires ont obtenu du gouvernement le droit d'enseigner, quand ils en ont été reconnus capables. Il en est toutefois qui sont entretenues par l'Etat lui-même, comme à Berlin, Breslau, Liepzig, Munich, Marbourg. Dans le plus grand nombre il y a un professeur, aidé par un certain nombre d'assistants et de professeurs adjoints. A Berlin, à Breslau et à Munich il y a cependant trois professeurs : l'un chargé de la chirurgie dentaire, un autre de la conservation des dents, l'autre enfin de la partie technique. A Leipzig un professeur est chargé de la chirurgie dentaire et de la conservation des dents, tandis que l'autre enseigne la technique dentaire et l'orthodontie. C'est le seul cas où cette dernière branche soit officiellement représentée en Allemagne, du moins de nom.

L'étudiant doit se préparer à une de ces universités pendant trois semestres et exécuter un travail pratique. Puis il doit passer un examen dentaire dans la ville où il a étudié. Celui-ci comprend les matières suivantes: anatomie, physiologie, physique, chimie et prothèse. Après avoir subi cet examen avec succès, l'étudiant doit suivre les cours encore pendant quatre semestres et s'adonner aux travaux pratiques pour arriver à subir l'examen de médecin-dentiste, qui peut être passé devant n'importe quelle commission d'examen d'une Université de l'Empire allemand. On voit que cet examen exige sept semestres de préparation. Il comprend la pathologie générale, l'anatomie pathologique, les maladies de la bouche et des dents, les traitements conservateurs, la chirurgie dans les maladies de la bouche et des dents, la prothèse et l'hygiène. Après avoir subi ces épreuves, le candidat recevra l'approbation comme médecin-dentiste.

Maintenant, à l'effet d'augmenter ses connaissances et de se familiariser avec les besoins de la pratique, le jeune médecin-dentiste cherche le plus souvent une place d'assistant auprès d'un médecin-dentiste. Quelques-uns auraient encore besoin du titre de docteur ; mais cela leur est plutôt difficile. Le titre de docteur-médecin leur est interdit, car avant celui-ci, ils devraient avoir l'approbation médicale, qui demande onze semestres de préparation. C'est ce qui fait qu'ils choisissent généralement la philosophie. Là il suffit de deux années de sciences naturelles ou de philosophie ; de plus il faut préparer une thèse scientifique et passer un examen sur trois matières. Ainsi le médecin-dentiste sera détourné de sa propre profession pendant assez longtemps. Si intéressant que soit pour lui l'accroissement de ses connaissances générales, son temps n'en serait pas moins beaucoup mieux employé, et pour lui et pour la science dentaire, s'il pouvait être promu dans sa spécialité. C'est pourquoi, dans notre milieu, on verrait avec plaisir créer un titre de « docteur en médecine dentaire ». L'Association des Docents, conjointement avec la Fédération des médecins-dentistes allemands, a déjà fait auprès des pouvoirs publics des démarches dans ce sens, qui seront, il faut l'espérer, couronnées de succès. Précédemment c'était assez la coutume d'aller à l'étranger pour acquérir un titre de docteur, par exemple, le D. D. S., en Amérique. Cela a cependant cessé, car le gouvernement n'accorde plus l'autorisation de le porter. Des abus s'étaient produits ; on s'était procuré des diplômes par fraude, des « non-approuvés » portaient des titres étrangers qui pouvaient induire le public en erreur. Du reste le D. D. S. ne répond en aucune manière au titre de docteur en Allemagne, car pour l'obtenir il n'est pas besoin, comme ici, de présenter une thèse scientifique.

Il y avait, d'après Wehner, 2587 médecins-dentistes approuvés, en 1908, pour une population de 60 millions 1/2 d'habitants ; en 1887 il n'y en avait que 470. La population a augmenté pendant ce temps de 32 0/0, les médecins-dentistes de 414 0/0. En 1907 il y eut 258 nouveaux approuvés, et on comptait 978 étudiants en médecine dentaire. Il s'ensuit que bientôt le manque de médecins-dentistes sera comblé, pour peu que la progression augmente dans les mêmes proportions. Dans les villes, il y a déjà assez de personnes se consacrant à la science dentaire ; la campagne, elle aussi, sera bientôt pourvue, si l'on n'entrave pas ce mouvement par des facilités accordées aux « non-approuvés ».

Mais tout médecin-dentiste qui exerce doit demeurer en contact avec la science, s'il veut rester à la hauteur de sa tâche et répondre à toutes les exigences de sa profession. Il a pour cela les publications scientifiques et avant tout les périodiques. Parmi celles-ci, il faut citer en premier lieu, comme la plus ancienne et la plus soigneusement rédigée, la publication de la *Société centrale des médecins-dentistes allemands*. Fondée en 1861, cette revue fut d'abord trimestrielle. Dans le cours des années elle est devenue mensuelle, et publie chaque année environ mille pages d'articles scientifiques. Dès le début elle s'était donné comme tâche de ne rien renfermer dans ses colonnes que l'on pût trouver dans les autres journaux ; maintenant elle s'en tient exclusivement aux communications ayant un caractère scientifique.

La *Revue mensuelle allemande de médecine dentaire* est dirigée depuis 25 ans par M. Jul. Parreidt. Un autre organe publié par une société est la *Revue hebdomadaire de médecine dentaire allemande*. Elle avait été créée en principe pour défendre les intérêts professionnels, mais son programme fut bientôt reconnu insuffisant. Elle dut faire entrer dans sa rédaction une partie scientifique. Elle a, surtout sous la rédaction de M. Ch. Greve, toujours gagné en valeur. Elle donne spécialement de petites communications scientifiques, des avis des sociétés, des extraits et des articles d'intérêt professionnel.

Parmi les autres publications, il faut encore citer la *Correspondance pour médecins-dentistes,* qui paraît tous les trois mois depuis 1872, et publie aussi de très bons articles ; le *Journal central médical dentiste,* publié par M. Lincke, médecin-dentiste, à Liegnitz. Comme organe s'occupant d'orthodontie, je citerai la *Revue d'orthopédie dentaire* paraissant trimestriellement, sous la direction de M. Herber. Enfin la Société des médecins-dentistes de

Berlin publie la *Revue bimensuelle de Berlin* qui, à côté de petites consultations scientifiques, publie avant tout des articles d'intérêt professionnel. A part cela, quelques revues autrichiennes ou suisses sont répandues en Allemagne. Naturellement toutes ces publications techniques informent leurs lecteurs des communications importantes qui se trouvent dans la littérature étrangère. Beaucoup de journaux en langue étrangère sont aussi lus chez nous.

En dehors des publications, les médecins-dentistes ont à leur disposition un grand nombre de livres rédigés par des médecins-dentistes en renom. La place me manque pour nommer les principaux, mais leurs noms sont si connus que ce serait peine perdue.

Le « Comité des cours de perfectionnement de la médecine dentaire de Prusse » s'occupe de parfaire l'instruction des médecins-dentistes ; il est vivement soutenu par le gouvernement. M. le conseiller intime Kirchner, du ministère de l'Instruction publique et des Cultes de Prusse, a rendu d'importants services à ce sujet. Le comité organise des séries de leçons sur les différentes branches de la médecine dentaire et les sciences qui s'y rattachent. Elles sont faites gratuitement par des chargés de cours et par des médecins-dentistes éminents. L'instruction est pratique et théorique, elle est très suivie. Il est arrivé même qu'on ne pouvait accepter toutes les personnes qui se présentaient.

Enfin il faut mentionner les sociétés qui se proposent soit d'enseigner, soit d'apprendre. Il y en a une grande quantité ; quarante d'entre elles se sont réunies en « Fédération des médecins-dentistes allemands ». Celle-ci a pour but de défendre les intérêts professionnels en général et se réunit tous les ans en une assemblée générale qui dure deux jours. Pendant l'année un comité composé de cinq membres est chargé d'appliquer les résolutions prises et de pourvoir aux affaires courantes. La Fédération s'occupe aussi des questions d'honneur professionnel ; chaque société a pour ce but un tribunal d'honneur ; la Fédération comprend un tribunal fédératif qui représente la plus haute instance.

Tandis que cette Fédération ne s'occupe que des questions d'intérêt professionnel, la « Société centrale des médecins-dentistes allemands » ne retient que les matières scientifiques. Dans ce but elle se réunit chaque année dans des villes différentes. Ces assemblées, qui durent plusieurs jours, sont marquées par un grand nombre de conférences et de démonstrations. De plus la Société subventionne de ses deniers un certain nombre d'organisations scientifiques, comme « l'Index de la littérature médico-dentaire allemande depuis 1846 », entrepris et poursuivi d'une manière si remarquable par M. le prof. Port, de Heidelberg. La société compte plus de mille membres, qui reçoivent gratuitement son organe *Revue mensuelle de médecine dentaire,* dont il a été fait mention plus haut.

D'autres petites sociétés réunissent nos confrères de différents États, provinces ou villes et s'occupent du perfectionnement de leurs membres, tout en prenant en mains leurs intérêts professionnels. A cet effet elles tiennent des séances à intervalles différents. Certaines sociétés représentent uniquement des intérêts corporatifs, en ce sens qu'elles veillent à ce que leurs membres soient appelés à soigner les membres des caisses de secours. D'autres sociétés assurent leurs membres, en payant à leur mort une somme pour couvrir les frais d'enterrement. Une société sert à la veuve de ses assurés une pension annuelle ; enfin il existe depuis dix ans une société qui vient en aide aux confrères dans le besoin. L'activité de la profession florissante a aussi réellement contribué à l'amélioration de l'hygiène dentaire en général. On a reconnu dans les couches les plus profondes de la société l'importance de la médecine dentaire pour l'état sanitaire de l'homme et l'on a soin d'entretenir la dentition en bon état, même dans les milieux populaires les plus pauvres.

Grâce aux nombreux examens des dents des écoliers, particulièrement grâce aux efforts à l' « Institution centrale pour l'hygiène dentaire » (Röse), l'attention a été appelée sur le mauvais état des dents des enfants. Ce qui a été fait dans ce domaine en Allemagne sera relaté dans un article faisant suite à celui-ci.

On s'est aussi occupé d'intéresser l'Administration militaire et l'Administration de la marine à l'introduction des soins dentaires dans l'armée et la marine. Si l'on n'a pu faire admettre la proposition de M. Steffen de confier cette tâche à des médecins-dentistes militaires et à des médecins-dentistes volontaires d'un an, il faut reconnaître qu'il a été cependant fait beaucoup. Dans certaines garnisons, on a chargé des médecins-dentistes du traitement des militaires ; de plus, des médecins-militaires ont été détachés pour faire un stage dans des cliniques dentaires. Après avoir obtenu leur approbation comme médecins-dentistes, ils ont été placés dans de grands hôpitaux militaires pour y remplir spécialement les fonctions de médecins-dentistes.

On a aussi pris des mesures pour que les médecins-dentistes qui servaient comme volontaires d'un an fussent employés, pendant le dernier trimestre, comme dentistes. Il faut encore attendre pour savoir ce que cela donnera dans la pratique ; toutefois les autorités militaires apporteront toute leur attention en cette occasion. Mais il faut bien tenir compte de ce que le temps de service militaire n'est pas destiné à remettre en ordre des dentitions qui avaient été négligées. Si l'on s'applique à entretenir les dents avant le service militaire, l'Administration de l'armée ne pourra pas se soustraire à son devoir.

L'introduction de médecins-dentistes dans les hôpitaux, asiles d'aliénés, etc., fait aussi des progrès intéressants.

Pour terminer mon étude il me reste encore à parler d'un chapitre important : la médecine dentaire dans ses rapports avec les lois d'assurances des ouvriers. On sait que les personnes qui, pour des appointements ou un salaire, sont employées dans les mines, dans le commerce, ou qui exercent un état quelconque, sont assurées contre la maladie. Les frais d'assurance sont prélevés pour les deux tiers sur l'assuré, tandis que le patron supporte un tiers. En cas de maladie le traitement est donné gratuitement. Cette loi fut promulguée le 15 juin 1883. A cette époque, la médecine dentaire était encore trop peu développée pour que quelqu'un eût pensé à elle. C'est ce qui fait qu'elle n'est pas non plus mentionnée dans la loi. Mais quand, par l'activité des médecins-dentistes, on se fut de plus en plus convaincu de leur utilité, il arriva que les assurés voulurent en appeler à leur aide. Naturellement, en présence de ce nouveau devoir, les caisses de maladies élevèrent des difficultés, et il fallut souvent s'adresser aux tribunaux pour établir le droit des parties. En général les tribunaux reconnurent que le traitement des maladies dentaires était implicitement contenu dans la loi. Des différences se montrèrent, par contre, dans les jugements sur la détermination des maladies qui pouvaient bénéficier du traitement gratuit. Un tribunal déclarait que toute carie était une maladie, un autre ne reconnaissait le droit de recours à la caisse que quand les dents malades causaient des douleurs ou qu'elles occasionnaient tout autre inconvénient. Il y eut encore bien d'autres décisions. De cette manière la question n'a jamais pu être réglée d'une façon définitive. Une caisse ne paye que les extractions, l'autre les obturations, mais seulement après que les dents ont été préalablement soignées, une troisième laisse faire tout ce qui est nécessaire, et ainsi de suite, avec toutes les variantes imaginables.

D'autres difficultés surgissent quand il s'agit de déterminer qui doit entreprendre le traitement. En raison de ce que j'ai dit au commencement, les « approuvés » et les « non-approuvés » vont se trouver en présence. Là encore la loi est différemment interprétée. Quelques hautes personnalités reconnaissent que les médecins-dentistes sont tout désignés, mais que cependant il peut être fait des exceptions quand le malade le désire. D'autres, principalement dans les plus importants des Etats confédérés, en Prusse notamment, disent : Si le malade tient absolument à un médecin-dentiste il faut le lui accorder, autrement les « non-approuvés » sont tout aussi qualifiés. Comme il n'est pas donné à tout le monde de rechercher avec soin un médecin-dentiste et de lutter pour l'obtenir, surtout quand le malade se trouve dans une situation dépendante et est torturé par d'intenables douleurs, cette conception eut pour résultat que, dans certains endroits, on écarta complètement les médecins-dentistes. Cela eut pour résultat d'apporter des obstacles à l'établissement des médecins-dentistes dans le pays. Qui donc pourrait avoir le courage de s'établir dans un petit endroit, quand il sait qu'une grande partie de la population sera exclue de sa clientèle, par le fait que l'on oblige les membres des caisses de secours à se faire soigner chez des « non-approuvés ? »

En ce moment un nouveau projet de loi sur les assurances d'État contient la condition que les approuvés pourront seuls être appelés au traitement des malades. Malheureusement le paragraphe qui a trait au traitement des dents n'est pas rédigé de telle manière que l'on puisse assurer que les intentions du législateur seront toujours appliquées dans la pratique. En raison de l'expérience acquise, on est plutôt en droit de craindre qu'il ne soit encore rendu plus difficile au malade, dans certains cas même impossible, d'en appeler aux lumières d'un médecin-dentiste approuvé, si la rédaction proposée prend force de loi.

Naturellement les organes autorisés de notre profession ont tout essayé pour obtenir une rédaction du paragraphe qui ne prête pas à l'équivoque. Nous voulons encore espérer que nos propositions auront porté et que, dans les maladies des dents, le traitement le meilleur auquel les membres des caisses de maladies ont droit leur sera réservé.

Pour nous résumer, il ressort de notre exposé qu'une grande activité règne en Allemagne dans la médecine dentaire. On peut donc espérer qu'elle parviendra, dans tous ses ressorts, à servir utilement au bien de l'humanité.

DES SOINS DENTAIRES DANS LES ÉCOLES ALLEMANDES EN 1909

Par H. KIENTOPF,

Directeur de la Clinique scolaire dentaire de Berlin.

(Communication au 5e Congrès dentaire international.)

Pour répondre aux travaux de l'hygiène générale, il a été fait des efforts dans ces dernières années afin de faire entrer l'usage des soins rationnels des dents dans le peuple et particulièrement à l'école.

Ce sont des médecins-dentistes qui sans arrêt s'attachèrent à démontrer aux autorités et au peuple dans quelle proportion effrayante la carie dentaire est répandue dans la jeunesse des écoles et quel obstacle elle apporte au développement des jeunes organismes.

Des recherches furent entreprises sur une grande échelle dans les écoles d'Allemagne sur l'état des dents des écoliers. Il en est résulté une statistique qui donne un tableau troublant de l'état sanitaire des dents de la jeunesse scolaire. A la suite de cette enquête les municipalités riches et prévoyantes décidèrent de doter les écoles d'un traitement pratique dentaire. Strasbourg fut la première ville qui organisa une clinique. C'est de cette ville que partit d'une manière ininterrompue la propagande pour ce nouveau champ de l'hygiène.

L'année dernière le « Comité central pour les soins dentaires dans les écoles » fut constitué sous la présidence du ministre d'Etat de Möller ; ainsi se trouvait fondé un centre d'action pour l'Allemagne (toute personne peut entrer dans le Comité central, moyennant une cotisation minimum de 3 fr. 75).

Le Comité ne s'est pas seulement donné pour tâche d'éclairer le peuple sur la nécessité des soins des dents, par des conférences et des brochures instructives. Il prétend surtout à une action tendant à l'introduction de la pratique des soins dentaires à l'école par l'organisation de comités locaux et la fondation de cliniques dentaires scolaires. Cela nécessite de grandes dépenses qui seront couvertes par des cotisations, des dons, etc.

La direction du comité local de Gross-Berlin a déjà réussi cette année à ouvrir une clinique dentaire scolaire, qui est sa propriété.

En ce qui concerne le développement de la pratique des soins dentaires à l'école en Allemagne, nous trouvons les renseignements suivants dans les travaux statistiques du Comité central :

Les villes suivantes possèdent à l'heure actuelle des cliniques dentaires scolaires : Altona, Berlin, Bielefeld, Charlottenbourg, Cologne, Colmar, Darmstadt, Erfurt, Fribourg-en-Brisgau, Fürth en Bavière, Hanovre avec Linden, Heidelberg, Karlsruhe, Kiel, Lahr, Malstatt-Burbach, Mulhouse, Nordhausen, Strasbourg, Stuttgart avec Cannstatt, Ulm, Worms, Würzbourg.

Clin

23 v.

En outre, dans les villes dont les noms suivent, les écoliers sont traités par des médecins-dentistes particuliers, dans des cliniques scolaires, d'après des conventions avec les municipalités : Cottbus, Thionville, Giessen, Grunewald près Berlin, Höchst s. l. Main, Holzminden, Lennep, Sainte-Marie-aux-Mines, Meiningen, Pankow près Berlin, Tharandt, Waldenburg en Silésie, Wernigerode, Wiesbaden.

Soins

14

Les cliniques pour les soins ou l'entretien des dents sont subventionnées soit par les villes, soit par des particuliers, ou encore elles sont rattachées aux cliniques des Universités. En général seuls les enfants des écoles publiques sont traités gratuitement dans les cliniques.

De plus il est fait une propagande importante en Allemagne, par des conférences et des publications instructives, sur la nécessité des soins rationnels des dents.

Il faut s'attendre que, dans un temps peu éloigné, par ces actions combinées, l'idée aura pris racine dans les couches les plus profondes du peuple allemand que les soins dentaires sont une nécessité pour la santé du peuple.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE LA CARIE DE QUATRIÈME DEGRÉ PAR LA MÉTHODE ASPIRATRICE

Par M. et Mme FILDERMAN.

Nous avons exposé précédemment, ici-même et dans d'autres journaux dentaires, les raisons théoriques qui nous ont conduits à essayer et à adopter la méthode aspiratrice pour le traitement des caries pénétrantes avec destruction pulpaire. Nous nous contenterons aujourd'hui de donner une description de l'instrumentation et un résumé de la statistique des observations recueillies par nous jusqu'à ce jour.

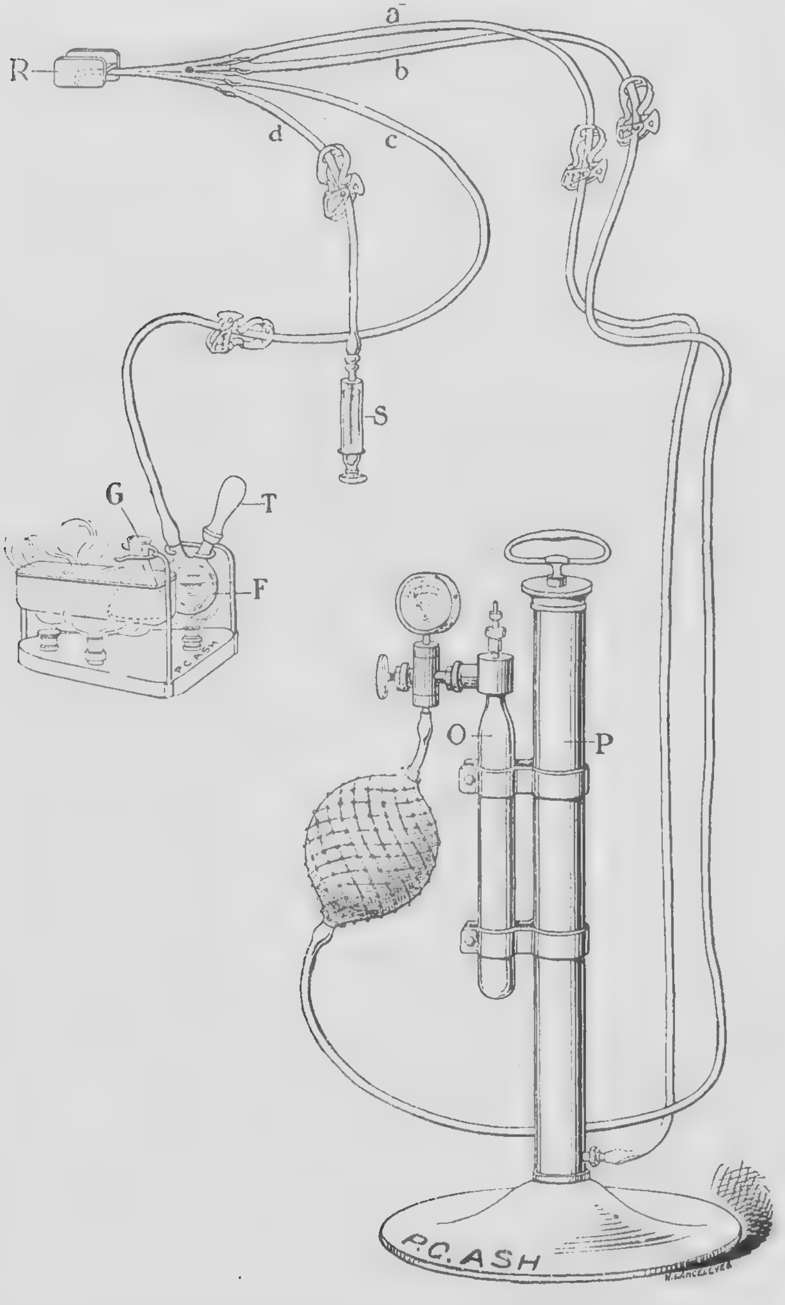
Le dessin ci-contre nous dispensera d'ailleurs de trop de développements. On y voit un petit appareil *R*, qui n'est qu'un tube en *U* à la convexité duquel est soudé un petit bout de tube destiné à pénétrer dans la cavité pulpaire; des deux branches de l'U, l'une est reliée par l'intermédiaire d'un tube en caoutchouc à une forte pompe aspiratrice, l'autre se divise en trois branches qui vont, la première à un ballon à oxygène *O*, la deuxième à un ballon à formol *F*, la troisième à une seringue *S* remplie de paraffine goménolée.

On nous a reproché la complexité de cette instrumentation et des manipulations qu'elle exige. Elle est plus apparente que réelle, comme on va le voir tout à l'heure, quand nous passerons au manuel opératoire. Toujours est-il que, désireux de donner satisfaction à nos contradicteurs, nous avons essayé de supprimer l'un des temps de l'opération, l'oxygénation. Mal nous en a pris : les trois cas que nous avons traités ainsi ont récidivé. Empressons-nous de dire que les confrères qui ne se sont pas essayés au maniement de nos instruments sont seuls à les trouver compliqués.

Quoi qu'il en soit, nous avons depuis quelque temps chronométré la plupart de nos traitements. La durée totale d'un traitement varie de six à quinze minutes, sans compter la préparation de la cavité, qui se fait comme d'habitude. Nous avons compté en revanche le temps nécessaire au montage des instruments à leur sortie de la bouilloire.

L'opération n'est pas bien compliquée : adapter les trois tubes *en caoutchouc a, b, c,* sur la pompe, la bouteille à oxygène et le ballon à formol; quant à la seringue, elle a été bouillie avec son tube.

La cavité étant préparée comme pour une obturation, on garnit l'obturateur de stents et on le place sur la dent en prenant soin que l'extrémité du tube pénètre dans la cavité. On fait mordre au malade et on tire une fois sur la pompe; la tétine *F* s'aplatit, preuve *que l'étanchéité est parfaite.* Trois ou quatre coups de pompe et il se fait dans la dent un vide suffisant pour la débarrasser de la plupart des produits septiques, gazeux, liquides et solides qui la remplissaient.



On ouvre alors le robinet du ballon d'oxygène ; celui-ci, appelé d'un côté par le vide de la dent et poussé par la forte pression (100 kilos) sous laquelle il est enfermé dans la bouteille, s'engouffre dans les canaux dentaires. — Nouvelle aspiration par la pompe.

La lampe à alcool chauffe pendant ce temps le formol et la paraffine. Justement le premier (en solution à 1/5) commence à bouillir ; on ouvre son tube en pressant sur la pince qui l'écrase ; les vapeurs se précipitent toutes chaudes et *sous pression* ; elles imbibent les parois de la dent. — Dernière aspiration dont on peut se passer d'ailleurs ; il suffit de souffler sur la lampe. Les vapeurs d'eau formolée se condensent et font un vide très énergique.

Versez la paraffine dans la seringue dont vous avez enlevé le piston, remettez celui-ci et poussez après avoir ouvert la pince. La paraffine goménolée (antiseptique et sédative) pénètre les canaux dentaires et se moule sur eux en les remplissant. Elle est chaude, liquide, mais elle se solidifie à 42°. Attendez une minute et retirez. C'est fini : on peut obturer.

Nous avons traité plus de cent cas, tous en une séance. Toutes les variétés de carie pénétrante comme siège et comme forme de l'infection sont représentées dans nos statistiques. La plupart des traitements ont été faits à l'hôpital des Enfants malades dans le service de M. Galippe, qui a bien voulu nous autoriser à appliquer à toutes les caries avec mortification pulpaire la méthode aspiratrice à l'exclusion de tout autre procédé.

Les trois quarts des malades ont été revus par nous au moins une fois et nous n'avons eu à enregistrer à l'hôpital qu'un seul échec dû à l'oubli involontaire d'une mèche de coton dans un des canaux. Deux autres échecs dus à des causes analogues, c'est-à-dire *ne devant plus se reproduire à l'avenir;* voilà tout le passif de la méthode.

En revanche nous sommes arrivés à ne faire qu'exceptionnellement des extractions, même à l'hôpital. La guérison de la dent demande à peine quelques instants de plus que son extraction, et BIEN MOINS D'ADRESSE. Notre statistique publiée ailleurs (*Journal odontologique*), donne le détail de toutes nos observations. On peut y voir des fluxions, des périostites aiguës ou chroniques ; il y en a qui ont résisté à des traitements longtemps continués par d'autres confrères. Nous y donnons les initiales de plusieurs confrères qui ont bien voulu accepter de subir notre traitement ; leur liste a augmenté depuis.

Dans ces conditions, nous pensons qu'une expérience qui dure depuis plus d'un an et demi (une des premières fluxions guéries par nous remonte à février 1908) est suffisamment démonstrative, pour que nous puissions affirmer que la méthode aspiratrice guérit toutes les caries de quatrième degré en une seule séance.

REVUE ANALYTIQUE

Procédés de narcose. Le tubage laryngé. L'anesthésie par voie rectale. — La salive acide anormale. — Sur un cas de lupus des muqueuses.

Procédés de narcose. Le tubage laryngé. L'anesthésie par voie rectale.

La difficulté de l'anesthésie au cours des opérations sur la bouche et la face a nécessité depuis longtemps des recherches en vue de trouver un procédé capable d'assurer la bonne marche de l'anesthésie, sans nuire aux manœuvres opératoires.

L'intubation du larynx, notamment, a été propice pour atteindre ce but, en adaptant au tube laryngé un autre tube, de caoutchouc ou de métal, qui se prolonge hors de la bouche et se termine par un entonnoir; on continue directement l'anesthésie: le chloroforme est versé, goutte à goutte, dans l'entonnoir pourvu d'une flanelle. En procédant ainsi, on évite toutes les interruptions de l'anesthésie.

Ce bénéfice de l'anesthésie par tubage serait appréciable dans toutes les opérations buccales, mais surtout dans les urano-staphylorraphies, car il permet de maintenir la langue refoulée en arrière, de tamponner le pharynx, et de découvrir au mieux tout le champ opératoire. Kuhn (de Cassel), qui dès 1906 avait préconisé ce procédé, en a précisé récemment le manuel et les divers temps.

L'opéré est placé dans la position de Röse, et tout d'abord endormi au chloroforme, assez profondément et de la façon ordinaire. Ceci fait, un ouvre-bouche étant installé, l'opérateur, qui se tient à droite de l'enfant (l'auteur envisage le cas d'urano-staphylorraphie), introduit le tube laryngé, en se guidant sur les repères bien connus (épiglotte). On se sert, en général de deux modèles de tubes, l'un de 7 millimètres de diamètre pour les enfants de 4 ans, l'autre de 8 millimètres pour ceux de 7 ans; pour un âge plus avancé des tubes plus gros sont nécessaires.

Dès que le tube est en place, on perçoit un léger sifflement caractéristique. L'entonnoir est alors adapté au bout extérieur du tube de prolongement, et la narcose se poursuit normalement. On peut tamponner le pharynx aussi profondément qu'on le veut, sans aucun danger respiratoire. Quant à la langue, au lieu de la tirer au dehors, on peut en repousser la base en arrière. Le gros intérêt du procédé serait de permettre certaines opérations en toute aisance, et surtout avec les précautions aseptiques qui manquent dans la pratique courante.

(*Semaine Médicale,* 17 mai 1909.)

⁂

La narcose par voie rectale, dont la première idée semble être due à Pirogof en 1847, a été à maintes reprises recommandée durant ces dernières années.

M. Dumont *(Corresp. Bl. f. Schweitz. Aerzte,* 15 déc. 1908) a eu l'occasion d'expérimenter ce mode d'anesthésie dans quatre cas, dont deux se rapportant à des sujets atteints d'empyème du sinus maxillaire. Dans chacun de ces faits l'éthérisation par voie rectale a permis d'obtenir rapidement une narcose profonde, sans aucun incident. L'auteur ne considère d'ailleurs ce procédé que comme devant être très exceptionnel. Son emploi implique certaines précautions. Il faut notamment veiller à ce que l'intestin soit préparé pour l'absorption des vapeurs d'éther : lavement la veille, et le jour même de l'opération, ainsi que peu de temps avant celle-ci. D'autre part il faut un dispositif permettant d'empêcher la pénétration dans le rectum d'éther à l'état liquide. Toute affection de l'intestin constitue naturellement une contre-indication à la narcose par le rectum.

Après M. Dumont, M. E. W. Benen (*Zeutr. Bl. f. Chir.*, 18 mars 1909) a relaté huit cas dans lesquels il eut recours à l'éthérisation rectale; deux de ces cas mirent en évidence les dangers de la méthode. Dans le premier cas, on interrompit la narcose au bout de 37 minutes, et après avoir utilisé 30 cmc. d'éther ; il existe souvent un météorisme accentué, suivi de douleurs abdominales persistantes et de vomissements. Le même jour la malade rendit 140 cmc. de sang pur par le rectum, puis 400 cmc., puis 140 cmc. Elle guérit néanmoins avec un traitement opiacé. Le second cas concerne un homme, qui aussitôt après le début de l'éthérisation se plaignit de douleurs abdominales, avec un météorisme modéré. Le sommeil survint au bout d'une heure. Le lendemain le malade succombait (péritonite purulente diffuse).

Tout récemment (*Société de Biologie*, 5 juin 1909) MM. Leguen, Morel et Verliac ont cherché à déterminer expérimentalement les causes des inconvénients de la narcose par voie rectale, et le moyen de les éviter. Ils ont vu que lorsque la valvule iléo-cæcale (obstacle variable d'un sujet à l'autre) est forcée d'emblée, l'anesthésie est rapide, régulière, avec le minimum d'accidents. Si la valvule cède difficilement le gros intestin est d'abord distendu et peut être lésé, l'anesthésie étant elle-même insuffisante ; puis, dans un 2ᵉ temps, lorsque la valvule est fixée, une trop grande quantité de vapeurs d'éther se répand brusquement dans l'intestin grêle. En administrant préalablement de l'atropine et de la morphine, ou par l'inhalation première de bromure d'éthyle, on supprime la tonicité valvulaire, et l'on rend libre le passage des vapeurs d'éther.

(*Semaine Médicale*, 2 juin 1909, 16 juin 1909.)

La salive acide anormale.

MM. S. F. Acree et J. E. Hinkins, du laboratoire de chimie de l'Université Hopkins, ont fait à la Société odontographique de Chicago sur ce sujet une communication, dans laquelle ils aboutissent aux conclusions suivantes :

1° Une étude de la salive de certains individus atteints d'érosion générale des dents montre que chez eux la cavité de l'érosion est proportionnelle à l'acidité de la salive. Cette acidité n'est pas due d'une façon appréciable, à l'acide carbonique. En cathétérisant le canal de

Sténon la sécrétion obtenue est en général aussi acide que la salive. Un examen bactériologique de la sécrétion du canal de Sténon a montré que ce canal chez sept individus était exempt de bactéries ;

2° *a*) Une étude de la quantité d'acide par certaines bactéries de la bouche dans certains milieux de culture donnés montre que différentes bactéries produisent des solutions acides de force différente, du numéro 25 au numéro 8.

b) La lenteur avec laquelle ces acides sont produits, ainsi que l'état du patient, exclut la possibilité que les bactéries jouent un grand rôle dans la formation des acides trouvés dans la salive des individus examinés.

c) Certaines bactéries semblent faire réagir les acides organiques avec la glucose ou les composés amins et former des *éthers* ou des *amids* qui sont hydrolysés par l'eau chaude.

3° *a*) Beaucoup d'enzymes causent l'hydrolyse de la glucose triacétyle en glucose et en acide acétique.

b) La lenteur de la formation des acides par les enzymes commerciaux fait douter que l'acidité de la salive des patients examinés soit le résultat direct de l'hydrolyse des composés de la salive par les enzymes présents.

c) Les enzymes peuvent jouer un rôle direct dans la formation des acides trouvés dans les salives examinées.

d) Les enzymes du commerce peuvent produire des acides de concentration suffisante pour causer l'érosion des obturations au ciment et du tissu dentaire.

(*Dent. Rev.*, avril 1908, p. 279.)

Sur un cas de lupus des muqueuses.

Le mémoire original que MM. *Caillon* et *Come Ferran* (de Lyon) consacrent à un cas de lupus des muqueuses du nez et du voile du palais mérite de retenir l'attention non moins à cause du cas lui-même que par les considérations générales sur l'anatomie pathologique, la symptomatologie, le traitement et la prophylaxie qu'il renferme.

La malade dont il s'agit, après avoir présenté dix ans auparavant des lésions lupiques de la lèvre supérieure, actuellement guéries, puis des lésions ayant entraîné une large perforation de la cloison du nez, fut reconnue, presque par hasard, porteuse de lésions de la muqueuse buccale, intéressant particulièrement le voile du palais, mais paraissant évoluer avec une remarquable torpidité.

Le lupus des muqueuses est intéressant, parce qu'il a été considéré comme rare, alors qu'il est plutôt ignoré. Des statistiques récentes ont prouvé sa fréquence, si l'on a soin d'examiner de parti pris toutes les muqueuses des lupiques. Bien des malades ignorent totalement leurs lésions.

Aussi, au point de vue symptomatologique, doit-on attirer l'attention du praticien sur le lupus de la bouche et du pharynx qui présente cette caractéristique de n'offrir aucun symptôme fonctionnel. On n'a donc à sa disposition, pour faire le diagnostic, que les signes objectifs.

Et c'est bien souvent par hasard seulement que l'on s'aperçoit de la présence de lupus.

Au point de vue de la marche de la maladie, l'un des caractères essentiels est la lenteur de son évolution. Le diagnostic différentiel sera généralement assez facile ; pourtant, dans les cas de lupus du pharynx, il semble à peu près impossible, et le plus souvent on ne le reconnaît que grâce à l'existence de lupus du voisinage.

Le traitement sera général et local. Le traitement général comprendra d'abord la cure hygiéno-diététique, cure d'air, de lumière, d'altitude. Malheureusement, il n'est pas toujours possible de l'appliquer, et malgré un ou deux très beaux cas de guérison, il ne semble pas suffisant pour amener celle-ci. On aura recours en second lieu, pour modifier le terrain, aux médicaments internes, soit l'huile de foie de morue à haute dose (8 à 10 cuillerées à soupe par jour, si le malade peut la supporter), soit les injections intra-musculaires de cacodylate de soude. Quant à la sérothérapie, elle ne semble pas encore avoir donné des résultats probants.

Le traitement local consistera principalement en galvanocaustie, sous forme de cautérisations linéaires ou ponctuées faites avec les aiguilles fines de l'électrocautère. Après l'intervention, on pourra, s'il y a lieu, calmer l'inflammation par des pulvérisations d'eau bouillie. Plusieurs séances sont nécessaires pour arriver à une cicatrisation complète, et on ne s'arrêtera que lorsqu'on sera sûr d'avoir détruit tous les nodules. Les récidives sont fréquentes et à surveiller. Les autres moyens doivent être rejetés comme dangereux, infidèles ou peu pratiques. Tels sont le permanganate de potasse, les autoplasties, le radium ou radiothérapie, les caustiques, les raclages, qui pour l'une ou l'autre de ces raisons doivent être remplacés avantageusement par le galvanocautère.

Enfin, la question de la prophylaxie n'est pas à négliger. Pour éviter le lupus des muqueuses, on prendra le plus grand soin des affections inflammatoires chroniques qui sont l'origine et l'occasion de l'infection. Le malade déjà atteint de lupus cutané fera des lavages aseptiques de sa muqueuse nasale et prendra tous les soins bucco-dentaires nécessaires pour éviter toute irritation de la muqueuse.

(Journal des Médecins praticiens de Lyon et de la région, 15 juillet 1909.)

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Antisepsie buccale. — Voici une méthode simple qui assure l'antisepsie buccale recherchée dans un grand nombre de circonstances (avant et après certaines interventions, dans les stomatites, les gingivites, les maladies infectieuses, etc.) ; le malade fera un brossage des dents avec une brosse chargée d'une petite quantité de perborate de soude, puis un rinçage avec de l'eau additionnée de perborate de soude (une pincée). Pour parfaire la désinfection et chasser le goût du perborate de soude, le malade se lavera ensuite la bouche avec de l'eau bouillie additionnée (une demi-cuillerée à café par demi-verre) de la solution suivante :

Essence de menthe	ãã 2 grammes.
— d'anis	
— d'eucalyptus	
Acide phénique	4 —
Alcool à 90°	60 —

Le perborate de soude agit en donnant lieu à la production d'une eau oxygénée dépourvue de tout acide. C'est l'acide qui se trouve dans la plupart des eaux oxygénées ordinaires qui les rendent dangereuses pour les muqueuses et les dents. (H. Bourgeois, *Progrès médical.)*

Ajustage d'une couronne à pivot détachable. — Réparer l'extrémité de la racine en meulant soigneusement et uniformément jusqu'au bord gingival. Si la carie s'étend vers la racine sous la gencive en un point quelconque, excaver complètement avec une fraise. Meuler la porcelaine jusqu'à ajustage approximatif et laisser le pivot assez long pour empêcher la couronne de toucher l'extrémité de la racine en un point quelconque. Prendre un petit morceau de cire chaude et, sans sécher les parties, le presser doucement contre la racine. Tenir en position avec la main gauche et, avec la droite, mettre le pivot et la couronne en place, en enfonçant le pivot dans la cire jusqu'au canal radiculaire élargi et en pressant la base de la couronne dans la cire. Enlever le pivot de la couronne et faire avec un inlay coulé, en ayant soin d'enlever la cire soigneusement. (*Dent. Rev.*)

Articulateurs anatomiques. — En employant un articulateur anatomique quelconque ne pas s'attendre à pouvoir construire des dentiers pour les édentés et à les voir fonctionner dans leur bouche comme dans un articulateur. Faire tout son possible pour que les dentiers aillent aussi bien que possible mais il reste encore quelque chose à faire quand on les met dans la bouche. L'articulateur anatomique se rapproche davantage des mouvements du maxillaire que l'articulateur plan et il est de notre devoir de l'employer puisqu'il donne de meilleurs résultats que les méthodes anciennes. Ne jamais congédier le patient sans que nous ayons observé tous les mouvements d'occlusion possibles et que nous ayons obtenu le contact en trois points ou le contact divergent des diverses surfaces qui empêchera le déplacement. (*Dent. Rev.*)

Relation des lèvres en prenant l'articulation. — Le bord de la cire supérieure doit s'étendre à 1^{mm} 1/2 environ au-dessous de la lèvre supérieure, celle-ci étant au repos. On peut cependant à l'occasion s'écarter de cette règle. La plaque inférieure doit être assez haute pour que, quand elle est en contact avec la cire supérieure, la lèvre inférieure puisse reposer normalement contre la lèvre supérieure sans exiger un effort musculaire pour l'amener dans cette position. Si la cire est trop peu élevée, la lèvre inférieure sera refoulée en dehors et déprimée ; si elle l'est trop un effort musculaire sera nécessaire pour la mettre en contact avec la supérieure. (*Dent. Rev.*)

Prise de l'articulation. — En prenant l'articulation saupoudrer la plaque d'articulation humide d'un peu de gomme adragante en poudre. Cela maintient la plaque solidement en position, permet à l'opérateur de mettre autant de temps qu'il veut et d'obtenir des résultats plus exacts à tous égards. (*West. Journal.*)

Dents diatoriques en cas d'urgence. — Pour remplacer provisoirement une couronne de bicuspide, la racine la supportant s'étant fendue et ayant été extraite, on choisit une dent diatorique et on la fixa en place avec des ligatures passant dans le trou et fixées aux dents voisines. Elle fut laissée en place jusqu'à ce qu'on jugea convenable de faire une réparation d'un caractère plus permanent. (*Amer. Dent. J.*)

Recherche de l'humidité dans les investissements pour inlays. — Un moyen sûr de voir s'il y a encore de l'humidité dans l'investissement pour inlays d'or, pendant le chauffage préliminaire, c'est de placer l'investissement sur le bout en zinc de l'établi et s'il y reste de l'humidité, une place ronde et humide apparaîtra sur le zinc. (*Dent. Rev.*)

Ve CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL, BERLIN, Août 1909.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

V^e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Berlin 23-28 août 1909.

COMPTE RENDU

(Suite [1].)

Par Georges Villain, D. D. S.
Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

II. — La séance d'ouverture *(Suite).*

M. Francis Jean, délégué du Gouvernement français, ouvre la série des discours officiels par l'intéressante allocution ci-après, que nous sommes heureux de pouvoir reproduire in extenso et qui a été fréquemment interrompue par des applaudissements :

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

En ma qualité de délégué officiel du Gouvernement français et de représentant du Ministre de l'Instruction publique au V^e Congrès dentaire international, mon premier devoir est de prier Sa Majesté l'Empereur d'Allemagne de bien vouloir accepter mes humbles hommages.

Je tiens aussi à exprimer en premier lieu nos remerciements au Gouvernement allemand pour la réception qu'il nous a faite et qui nous touche très profondément.

La délégation d'un chirurgien-dentiste par le Gouvernement de la République Française pour suivre de près vos travaux montre combien ce Gouvernement s'intéresse à cette grande réunion internationale, à ses études, à ses délibérations. Plus que cette délégation les réformes récentes qui viennent de transformer l'enseignement dentaire en France prouvent l'intérêt que le Gouvernement français — et plus particulièrement le Ministre de l'Instruction publique — porte à notre profession.

Comment pourrait-on interpréter autrement ces réformes qui ne sont que la consécration des desiderata des dentistes de tous pays par l'intermédiaire de la Fédération dentaire internationale qui en a émis le vœu au nom de tous ?

Nous sommes les premiers et nous pouvons en être très fiers, à avoir innové ces mesures de progrès, qui seront, il faut l'espérer, adoptées à brève échéance par toutes les nations dès que leurs conséquences en auront été discutées et appréciées dans nos Congrès internationaux.

Cette délégation montre surtout que notre Ministre de l'Instruction publique désire être exactement renseigné sur les résultats de cette nombreuse et savante assemblée scientifique et notre souci sera de le faire aussi complètement que possible dans le rapport que nous aurons l'honneur de lui présenter.

---

[1] V. *L'Odontologie* des 15 et 30 septembre 1909.

Le propre de nos Congrès, en effet, c'est que la science n'y est pas seulement intéressée, mais que la souffrance humaine est leur grande préoccupation. C'est pourquoi nous voyons notre Gouvernement s'attacher maintenant à suivre jalousement une tradition qui a pris naissance en France avec le premier Congrès dentaire international en 1889 et qui se renouvelle aujourd'hui pour la cinquième fois.

L'espoir que le V^e^ Congrès dentaire international aura d'heureux résultats ne sera pas déçu, les notoriétés professionnelles du monde entier qui sont présentes ici en garantissent le succès et ce sera l'honneur de ma carrière que d'avoir été envoyé parmi elles comme délégué du Gouvernement de la République française.

En outre, ma qualité de président de la Fédération dentaire nationale française m'a valu l'honneur d'être choisi comme président du Comité français de propagande au V^e^ Congrès dentaire international et ce dernier titre me permet aujourd'hui de féliciter le Comité d'organisation du caractère grandiose qu'il a su donner à cette réunion et de rendre hommage aux idées libérales dont a toujours fait preuve son honorable président, M. le professeur Walkhoff en particulier, dans toutes les décisions et mesures qui ont préparé ces brillantes assises de la profession dentaire.

J'ai aussi à remercier le Comité d'organisation de la confiance qu'il a témoignée en s'adressant pour la propagande en France à la Fédération dentaire nationale française. Il a montré par son choix qu'il savait pouvoir compter sur elle et je me plais à espérer qu'il a reconnu ne pas avoir eu tort de faire appel à son concours. Ce concours, son appui et ses efforts, je crois pouvoir dire qu'ils pourront encore être demandés à la Fédération nationale dentaire française et qu'elle ne les refusera jamais quand il s'agira de servir la cause du progrès de la science, du bien et de l'avancement de la profession.

Pour justifier cette marque de sympathie et de confiance confraternelle, la Fédération dentaire nationale française avait le devoir de seconder l'activité du comité d'organisation et de répondre à la courtoisie parfaite de ses membres, notamment de son secrétaire général, M. Schäffer-Stückert.

Elle l'a fait en entreprenant une propagande consciencieuse dans tous les groupements professionnels, aussi bien dans ceux qu'elle compte que dans ceux qu'elle ne compte pas parmi ses adhérents. Lorsqu'il s'agit en effet, de l'intérêt scientifique de la profession dans le monde entier, toute distinction de groupe, d'école et de politique professionnelle doit être bannie. C'est la pensée maîtresse à laquelle elle a obéi et la volumineuse correspondance échangée avec M. Schäffer-Stückert, à l'activité duquel je ne saurais trop rendre hommage, en fait foi abondamment.

Notre Fédération dentaire se livrait à sa tâche avec d'autant plus d'ardeur qu'elle connaissait bien le caractère méthodique de la nation allemande où la science occupe une place prépondérante ; elle savait que l'Allemagne est le pays des longues, patientes et savantes recherches, que l'esprit d'investigation domine tout et a conduit à ces admirables résultats appréciés dans le monde entier et obtenus surtout en chimie, en bactériologie, en biologie. De même que l'Italie est une terre classique des arts, de même l'Allemagne est une terre classique de la science et nous avons été heureux et fiers que vous nous ayez demandé notre collaboration. L'humanité tout entière sera la bénéficiaire des travaux produits ou apportés ici, fruits de l'association de toutes les intelligences. Si nous avons eu nos Fauchard, nos Jourdain, nos Bunon, nos Gardet, nos Laforgue, nos Duval, nos Fonzi, vous avez eu vos Ringelniame, Purkynge, Raschkow, Linderer, Schmedike, Miller, vous avez actuellement des savants et des praticiens avec lesquels nous aurons la grande satisfaction de raisonner.

L'avantage tiré de grandes assises professionnelles comme celle-ci est considérable, car chacun vient y présenter quelque chose: qui un procédé nouveau, qui une méthode personnelle ; celui-ci une invention ingénieuse, celui-là une découverte profitable, cet autre un traitement inconnu, tel autre un produit bienfaisant, celui-là enfin, une théorie savante ; et de l'ensemble de ces matériaux résultent un agrandissement et une consolidation de l'édifice colossal qu'est aujourd'hui la science odontologique. Voilà pour le côté scientifique ou pratique; mais il y a aussi le côté social : de vastes réunions internationales permettent aux praticiens de tous pays de se connaître autrement que par l'intermédiaire de la presse professionnelle, de se voir, de s'apprécier, de se concerter et donnent souvent naissance à des amitiés précieuses et fécondes.

Messieurs, je n'ai déjà que trop parlé et je me reprocherais de retarder davantage l'ouverture du Congrès. Mais je ne veux pas quitter la parole sans adresser un salut sympathique à nos hôtes, sans les remercier de leur hospitalité et de leur accueil et sans leur exprimer l'espoir de les recevoir à notre tour dans notre pays.

Puissent les travaux et les discussions auxquels nous allons nous livrer donner une ample moisson de progrès dont bénéficieront la science, la profession et nos semblables; puissent les relations renouées ou commencées entre confrères de mêmes pays ou de pays différents resserrer les liens de bonne confraternité et contribuer à consolider, si faire se peut, l'esprit de corps odontologique universel.

Le délégué du Gouvernement de la République cubaine prend la parole :

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

Comme membre de la délégation du Gouvernement de la République de Cuba, je désire vous exprimer à tous, et particulièrement aux dentistes représentant cette grande nation, nos sentiments de confraternité et d'estime.

Notre président n'hésita pas à envoyer à la suite de notre invitation deux délégués pour représenter le Gouvernement à ce Congrès et ce sera pour nous un honneur et très agréable devoir que de rapporter les nombreuses phases d'intérêt et de progrès scientifique que l'art dentaire produira pendant les sessions de cette réunion grandiose.

Notre proximité des Etats-Unis d'Amérique, et les bons rapports entretenus avec eux, ont marqué un grand progrès odontologique de notre petite île, et les efforts louables de notre Gouvernement pour prêter aide et appui à l'avancement des arts et sciences de notre pays ont établi l'enseignement officiel de la dentisterie et fait de l'odontologie une profession et une science autonomes, notre Université nationale ayant une Faculté dentaire dont les exigences en vue de l'obtention du diplôme sont dignes d'enorgueillir toute nation.

J'ai l'honneur de constater que c'est la première fois dans l'histoire des gouvernements cubains que deux délégués sont officiellement nommés pour suivre un Congrès dentaire, et j'appelle votre attention sur cette exception comme une sage indication en faveur de la jeune République.

M. Sayas-Bayan termine son discours en assurant les congressistes que les Cubains feront tous leurs efforts pour contribuer à la réussite du Congrès et à l'avancement de l'odontologie.

M. CHRISTENSEN, délégué par le Gouvernement danois et président d'honneur, prononce les paroles suivantes :

Comme représentant du Gouvernement danois, j'ai l'honneur de saluer le V^e Congrès international et de lui souhaiter beaucoup de succès dans ses travaux.

Mon Gouvernement suit surtout les revendications sociales des dentistes avec intérêt, car les soins dentaires du peuple sont d'une grande importance pour son bon état général.

M. BROOKS, représentant l'Angleterre, président de la British Dental Association, s'acquitte de sa mission en ces termes :

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

Au nom de la Grande-Bretagne et des membres anglais adhérents à ce Congrès, je remercie M. le Président et M. Schäffert-Stückert pour leurs très aimables paroles de bienvenue et je vous remercie, mesdames, messieurs, de votre réception.

Nous sommes très heureux d'être présents et de former une partie de cette importante assemblée dans la capitale de la grande nation qui a tant contribué au progrès de la science dans le monde. Nous n'oublions pas que, quoiqu'une autre nation se réclame de sa naissance, cette nation fut le pays d'adoption pendant de nombreuses années d'un des plus grands chercheurs que notre spécialité ait connus, et, avec le monde dentaire entier, nous déplorons la perte de Willoughby Dayton Miller et rendons hommage à sa mémoire.

Je crois que c'est la première fois que notre pays est officiellement représenté à ces Congrès. Dois-je ajouter que notre plus grand désir est que ce Congrès soit le prédécesseur de nombreuses occasions futures de nouer des rapports amicaux autant que profitables ?

J'ai le privilège et l'honneur de vous présenter les vœux de la Grande-Bretagne et des dentistes anglais — de ceux que nous avons laissés comme de ceux qui sont présents aujourd'hui. En leur nom je vous adresse de sincères félicitations pour l'inauguration très réussie de cette réunion. Je vous exprime leurs espérances que le résultat des délibérations puisse marquer un progrès réel de cette science qui est la propriété de toutes les nations, et que vos délibérations profitent à la profession que nous exerçons et à la vaste humanité que nous servons.

Je conclurai par les mots du grand poète national dont les travaux sont lus et admirés par le monde entier :

« Humanität sei unser ewig Ziel »
Que l'humanité soit notre but éternel.

Le président de la Bristish Dental Association n'apporta pas que des paroles; à la séance de clôture il demanda au Congrès réuni en assemblée générale de la F. D. I. de bien vouloir prendre en considération l'invitation que faisait son Association pour que le prochain Congrès tînt ses assises à Londres en 1914.

M. C. VAN DER HŒVEN, de la Haye, délégué du Gouvernement hollandais, s'exprime ainsi :

Au nom du Gouvernement hollandais je me sens honoré de remercier le comité d'organisation pour son aimable invitation à ce Congrès.

Le Gouvernement suivra avec un intérêt particulier les travaux de ce Congrès, car l'enseignement dentaire et la législation sont actuellement sur le point d'être modifiés selon les exigences de notre époque.

La présence relativement grande de nos collègues hollandais au Congrès prouve combien ils sont dévoués à l'odontologie. Nous sommes convaincus du succès de ce Congrès, et le comité y trouvera une récompense bien méritée pour le soin qu'il lui a consacré.

Il me reste encore à ajouter que l'on reproche trop souvent à notre profession de ne pas donner la véritable assistance dentaire à la plus grande part de l'humanité.

Nous espérons que les travaux de la section d'hygiène dentaire nous donneront satisfaction en élaborant quelques idées directrices à la réalisation desquelles ce Congrès contribuera beaucoup.

M. ALOYS DECKER, délégué du Luxembourg, remercie au nom de son Gouvernement pour l'invitation au V^e Congrès international :

La science ne connaît pas les limites des nations et chaque peuple peut prendre part au progrès vers lequel se dirige l'humanité.

Les questions scientifiques et sociales-économiques soumises aujourd'hui à votre assemblée ont trouvé chez nous depuis longtemps beaucoup d'intérêt.

A côté des prescriptions légales on tend chez nous également à éclairer la population sur l'importance de l'hygiène en général et de l'hygiène dentaire en particulier. (Suivent les remerciements d'usage.)

M. SMITH-HOUSKEN, de Christiania, délégué de Norvège,

Après des propos courtois à l'adresse de l'Allemagne, dit que les dentistes allemands se sont acquis une grande réputation dans la profession en organisant le V^e Congrès international avec tant de magnificence.

« J'espère, dit-il, que toutes les personnalités qui ont fourni ce travail formidable, d'où chacun pourra emporter quelque chose d'utile, seront pénétrées du sentiment que nous savons apprécier leur travail, et que le résultat de nos discussions sera le meilleur à tous les points de vue. »

M. SCHEFF, représentant du Gouvernement autrichien, lui succède en ces termes :

Le Gouvernement a compris depuis longtemps l'importance de l'art dentaire et a suivi son développement avec beaucoup d'intérêt. Il ne put rester indifférent à ce grand événement qui se traduit par l'ouverture du V^e Congrès international.

Je suis heureux de la mission honorable dont j'étais chargé par mon pays ; il n'est pas nécessaire de rappeler que mon gouvernement et mes collègues suivront avec intérêt les débats de ce Congrès. Je suis convaincu que ce Congrès comme ses prédécesseurs sera couronné de succès et donnera des résultats pour le bien de l'humanité.

M. SMITH prend ensuite la parole au nom de la Suède ; les représentants de la Roumanie et de la Russie se font applaudir également, tous remercient le comité d'organisation.

M. AGUILAR, au nom de l'Espagne, rend hommage aux organisateurs dans un discours très goûté ; il vante ces Congrès nationaux qui, outre qu'ils élèvent notre profession, contribuent à l'avancement de la science et font progresser la civilisation.

M. CRAWFORD prend la parole comme représentant des Etats-Unis d'Amérique, en remplacement de M. Brophy qu'une indisposition retient au lit à Berlin et empêche de répondre à l'adresse de bienvenue ; il remercie de cette réception grandiose.

Dans un mouvement oratoire enthousiaste il retrace rapidement l'historique de la première idée d'Exposition et de Congrès dentaire international conçue dans son pays par A. Allfort il y a vingt ans, à la réunion de la Dental National Association, à Atlanta, 1889. Il évoque le souvenir de Harlan, un des pionniers de ces assises grandioses, et décrit avec emphase la grandeur de ces réunions qui montrent la magnifique évolution de notre profession.

Ce cadre imposant l'émerveille et la joie qu'il sent au fond du cœur de tous les confrères allemands de recevoir leurs confrères étrangers lui fait prévoir que ceux-ci retourneront dans leur pays meilleurs qu'au départ, ayant compris et vu plus de notre vaste humanité, grandis d'un amour professionnel international.

Un tonnerre d'applaudissements salue la fin de ce discours dont l'enthousiasme avait gagné la salle tout entière.

Le représentant de l'Australie, M. BURNS, dit que l'enthousiasme odontologique est aussi grand en Australie que de ce côté du globe. L'année 1889 vit le premier Congrès dentaire sur ce continent, l'année prochaine un troisième Congrès y sera tenu, et l'orateur, au nom de ses compatriotes, adresse une cordiale invitation à l'assemblée.

M. **Pourveur**, représentant de la Belgique, se félicite d'avoir été choisi par son gouvernement pour saluer le Ve Congrès dentaire international.

Le Gouvernement belge a voulu ainsi prouver son intérêt au Congrès dont la date marquera dans l'histoire de la chirurgie dentaire. L'orateur ajoute qu'il pressent que l'œuvre qui a coûté tant de peine aux organisateurs portera ses fruits et assure le concours dévoué de ses compatriotes.

M. **Guerini**, de Naples.

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

Je suis heureux de porter au Ve Congrès dentaire international les salutations et les souhaits de mes confrères italiens. Et je salue spécialement les dentistes de la glorieuse nation qui nous a préparé une si cordiale hospitalité ; de cette nation allemande, qui est aujourd'hui à la tête de la civilisation et de la vie scientifique, de l'humanité.

Le cinquième Congrès dentaire international, à la préparation duquel les confrères allemands ont consacré un an de travail et tant de soins intelligents, ne peut pas manquer d'avoir le plus éclatant des succès. Ce Congrès grandiose montrera au monde, d'une manière frappante, ce que peut faire la classe des dentistes par ses seules énergies. Il démontrera à quelle hauteur ont pu arriver la science et l'art odontologiques sous le régime de l'autonomie, et prouvera ainsi de la manière la plus évidente quelle énorme folie serait l'abandon de ce régime autonome, qui a conduit l'art dentaire et la science odontologique à une si glorieuse hauteur, qui leur a permis de faire mériter de la science universelle par les services qu'ils rendent à l'humanité.

M. J. **Rojo**, de Mexico, représentant du Gouvernement et de diverses Sociétés dentaires mexicaines, prend la parole :

Si l'Atlantique sépare l'Amérique de l'Europe, nous restons attachés au continent où la science nous relie ; nous remercions nos confrères allemands non seulement pour le programme scientifique si minutieusement élaboré, mais aussi pour leur charmante réception. L'orateur fait des vœux pour l'unification de la profession dentaire en Allemagne, pour le progrès de la profession en général. Il termine en saluant le Congrès au nom de son pays.

MM. **Hay** et **Elkin**, représentants de la Nouvelle-Zélande, présentent leurs cordiales salutations et leurs meilleurs vœux au Ve Congrès dentaire international, de la part des chirurgiens-dentistes de la Nouvelle-Zélande.

L'Association dentaire de la Nouvelle-Zélande, qui représente l'organisation de cette nature la plus éloignée du monde, exprime sa reconnaissance pour les services précieux qui seront rendus à la science chirurgicale dentaire et à l'art dentaire par le Congrès.

M. Sen, de Zurich, adresse au Congrès ses vœux et aux membres du Comité et ses félicitations au Gouvernement et à ses confrères.

M. Lancroft, de Budapest, représentant la Hongrie, prononce les paroles qu'on pouvait attendre d'un membre participant à ce Congrès et venu de la ville où devait se tenir quelques jours plus tard le Congrès de médecine dont l'ostracisme vis-à-vis des dentistes avait soulevé l'indignation de tous ceux qui n'ont pour intérêt celui de la *science,* et pour but le bien de l'humanité. Les paroles de notre confrère hongrois furent soulignées de longs et fréquents applaudissements qui interrompirent plusieurs fois l'orateur.

M. Guttmann dit quelques mots des fêtes que le Comité a organisées.

C'est un moyen de réunir les différentes nations qui sont présentes, de raffermir des vieilles amitiés, d'en nouer de nouvelles ; quand on pense que ces fêtes sont souvent l'occasion d'échanger ses idées avec une personnalité sur des questions scientifiques, qui donnent quelquefois plus de résultats qu'une conférence d'une heure, on trouvera que les fêtes ne sont pas inutiles. Nous avons organisé les fêtes dans ce but. Nous vous les offrons de bon cœur et avec amitié, acceptez-les avec autant d'indulgence. Si à votre départ, vous pourriez dire « nous regrettons que les beaux jours soient passés », ce sera notre plus belle récompense.

Soyez les bienvenus à Berlin.

M. Schaffer-Stuckert, secrétaire général, s'exprime alors ainsi :

Avant de remplir la mission honorable que j'ai reçue du Comité d'organisation de parler des travaux préparatoires du Congrès jusqu'à son ouverture, je veux rappeler l'organisation internationale dentaire, unique en son genre, qui s'est rendue très utile à la préparation du Congrès.

Cette organisation, « la Fédération dentaire internationale », a pris naissance à Paris en 1900 pendant le III^e Congrès international, et a servi depuis la cause de notre profession dans des réunions qui eurent lieu tous les ans.

La F. D. I. est devenue un facteur important, reconnu par les dentistes du monde entier ; si le comité d'organisation a accepté au commencement de ces débats les remerciements de la F. D. I. par l'intermédiaire du très honorable professeur Godon, président d'honneur de la F. D. I., et l'élection à la présidence du Congrès, c'est pour montrer en ce lieu à quel point le comité d'organisation et le président du Congrès sont reconnaissants à la F. D. I. Les réunions annuelles ont aidé les délégués des différents pays à se connaître personnellement et à s'apprécier, et appuyé sur ses rapports confraternels internationaux, le comité d'organisation a pu commencer ses travaux.

Au mois de décembre 1906 le comité d'organisation eut sa première réunion et en 1907 accepta à Hambourg, en présence du regretté professeur Miller, le premier projet, pour le commencement du Congrès.

Nous devons des remerciements illimités à tous nos collaborateurs du pays et de l'étranger. L'organisation intérieure du Congrès se divise en douze sections qui représentent toute la science dentaire avec la participation des spécialistes de notre profession. En 1908 une réunion des présidents des différentes sections eut lieu à Cologne pour établir provisoirement un programme scientifique.

Le comité d'organisation constate avec plaisir que sa demande adressée à l'étranger de créer des comités nationaux a été accueillie avec empressement. Dans vingt pays ces comités se formèrent et à côté de quelques-uns qui ont rendu des services remarquables, chacun apporte sa part pour aider la préparation du Congrès. Je ne peux pas remercier chaque confrère à part, il me sera permis de mentionner la collaboration des suivants :

En France, Francis Jean ; Etats-Unis, Dr Kirk, Dr Thorpe ; Angleterre, Dr Paterson, qui ont contribué à amener de nombreux adhérents. Dr Weiser, Vienne ; Dr Aguilar, Madrid ; Dr Guérini, Naples ; Dr Wilge, Russie, les présidents des comités nationaux de la Suède et de la Norvège, etc., se sont mis à la disposition pour la cause communale. Je remercie encore Dr Rojo, Mexico ; Dr Burns et Philipots, Australie ; Dr Shmamine, Japon et Dr Ottofy, Manille, pour leurs services.

(Suivent des remerciements à l'adresse du Ministère des Affaires étrangères.)

M. le Dr KOHN dit quelques mots sur l'organisation du Congrès, des sections et sur le programme du jour. A la fin tous les invités passent dans la Rotonde pour assister à l'ouverture de l'exposition internationale par le Recteur de l'Université, le professeur Dr Waldeyer.

(A suivre.)

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE FRANÇAISE

ALLOCUTION PRONONCÉE PAR M. FRANCIS JEAN

La Fédération dentaire nationale a tenu, suivant l'usage, sa séance annuelle à Lille le 3 août 1909 à l'occasion du Congrès de l'A. F. A. S.; on trouvera plus loin le procès-verbal de cette réunion.

M. Francis Jean, président de la F. D. N., a prononcé à cette occasion l'intéressante allocution que nous publions ci-dessous.

Mes chers confrères,

En ouvrant cette séance régulière que nous ménage chaque année le Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, je ne puis m'empêcher de me rappeler et de vous rappeler que c'est la troisième année que vous me faites l'honneur de me maintenir comme président de la Fédération dentaire nationale et je veux tout d'abord vous en témoigner mes remerciements et vous dire combien me touche cette marque particulière de sympathie que pour la troisième fois me donnent mes confrères.

Quand il y a trois ans, vous m'avez confié la présidence de la Fédération dentaire nationale, et que je me suis trouvé devant ce grand honneur, je dois avouer que la Fédération était un peu oubliée. Nous nous sommes donc efforcé de refaire de la Fédération dentaire nationale ce qu'elle n'aurait jamais dû cessé d'être, c'est-à-dire un groupement où, seuls, les intérêts généraux de la profession devaient compter, un groupement où chacun, à quelque société qu'il appartînt, quelle que fût la région où il exerçât, quelles que fussent les opinions professionnelles qu'il eût, fût sûr de trouver un refuge à l'abri des polémiques de personnes, où ses intérêts, s'ils sont des intérêts généraux, seront ardemment défendus. C'est là *le programme que nous nous sommes tracé et que pendant 3 ans nous avons essayé de réaliser sans marchander ni notre effort, ni notre dévouement.*

Aussi, laissez-moi esquisser à grands traits les quelques progrès qu'a réalisés la Fédération dentaire nationale pendant ces 3 ans.

Nous nous sommes d'abord efforcé de faciliter l'accès de la Fédération dentaire nationale à tous les groupements professionnels parisiens ou régionaux par une revision et une modification des statuts. Laissez-moi vous rappeler que, pour faire partie de la Fédération dentaire nationale, les groupements n'ont qu'à y adhérer, sans cotisation, chacun étant libre de subvenir suivant sa force et sa bonne volonté à l'existence de cette institution. En effet, il ne peut en être autrement. Un groupement régional forcément réduit ne peut être taxé aussi fortement qu'un groupement parisien fort étendu, les jeunes sociétés qui prennent leur vol ne peuvent produire un aussi gros effort que les anciennes dont les enfants sont déjà nombreux. Toutes ces considérations, la confiance que nous avons dans la bonne volonté de tous, nous ont fait supprimer la cotisation obligatoire.

D'ailleurs, nous n'avons eu qu'à nous féliciter de cette mesure et, dès sa suppression, nous n'avons pu que constater les bons effets de cette réforme. La Fédération dentaire nationale a vu le nombre de ses adhérents croître, elle compte maintenant une quinzaine de Sociétés représentant, par leur réunion, la majorité des dentistes français.

Quand il s'est agi des intérêts généraux, quand il a fallu agir devant les pouvoirs publics, quand il faut lutter contre la stomatologie un peu envahissante, tous les dentistes ont pu et peuvent se rallier à la Fédération dentaire nationale. Si les réformes de l'enseignement de l'art dentaire en France ne sont pas exclusivement son œuvre, nous pouvons nous flat-

ter qu'elle y a contribué pour la plus large part.

Enfin, quand il s'est agi de représenter les dentistes français à l'étranger, et notamment au Congrès international de Berlin qui va tenir ses assises grandioses à la fin de ce mois, la Fédération dentaire nationale française, faisant abstraction de toute politique, de tout parti, de toute école, s'est adressée à tous les dentistes français, que les groupements dont ils font partie soient adhérents ou non, et elle a réussi d'ailleurs à réunir un nombre de congressistes tel qu'il est très probable que les Français seront les plus grandement représentés au cinquième Congrès dentaire international.

Continuant de s'occuper toujours des chirurgiens-dentistes et de leurs intérêts, elle a mis à l'étude et vous invite à discuter les questions diverses qui doivent représenter pour vous, ou des avantages, ou l'abolition de coutumes arbitraires ou déloyales contraires à la bonne justice.

En effet, notre ordre du jour d'aujourd'hui porte : « Application des décrets ». C'est la question la plus urgente sur laquelle il importe de porter une grande attention sans tarder : l'état transitoire durera-t-il un an ou deux ans ? Comment se fera le stage prévu par la loi. Vos décisions de tout à l'heure vont nous indiquer vos desiderata et nous montrer le chemin à suivre.

« Services dentaires dans l'armée. » Cette institution toute d'humanité nous intéresse à tous les points de vue. Elle permet à nos jeunes étudiants de servir leurs frères d'armes tout en servant le pays, mais elle a surtout l'avantage pour eux de les mettre à même de continuer l'exercice de leur profession pendant ces deux ans et ainsi de n'en rien oublier et de ne pas en perdre l'habileté manuelle. Si l'institution a du bon, elle a aussi des inconvénients et nos confrères établis ne se sont pas fait faute de nous les signaler. Limiter

le service dentaire dans l'armée aux seuls hommes de troupe pour ne pas supprimer toute la clientèle des officiers. Certes la mesure restrictive n'est pas faite pour nous déplaire et nous nous efforcerons de la faire adopter, mais l'Etat a là l'occasion trop belle de faire un cadeau qui ne lui coûtera rien pour ne pas accepter la mesure sans protester. Je ne vous apprendrai rien en vous disant que les officiers ont droit aux soins médicaux, ainsi que leur famille.

Enfin il reste à notre ordre du jour deux mesures d'ordre défensif sur lesquelles il importe de montrer la voie aux pouvoirs publics : les fraudes aux examens contre lesquelles nous avons tous le devoir de sévir par simple honnêteté.

Les « Privilèges accordés aux étrangers » sont, à notre sens, un abus criant que nous devons à tout prix faire cesser. Par galanterie, pour faire honneur à notre universelle réputation d'hôtes accueillants, souvent trompés sciemment par les étrangers qui viennent à nous, nous accordons force dispenses et privilèges (dispense d'inscription, équivalence de brevets, etc...) à des gens qui nous disent n'avoir d'autre dessein que de remporter notre diplôme dans leur pays et qui une fois en possession dudit diplôme n'ont d'autre souci que d'exercer parmi nous, faisant ainsi une concurrence déloyale à nos jeunes confrères.

Telles sont les principales questions à l'étude à la Fédération. Comme vous voyez, nous avons la satisfaction de nous présenter à vous avec une série de faits accomplis et un programme de défense professionnelle.

Enfin, nous avons eu la satisfaction de voir en somme son existence officielle consacrée par le Ministre de l'Instruction publique en choisissant son président pour le représenter officiellement à Berlin et en le nommant surtout au titre de président de la Fédération des Sociétés dentaires françaises.

Aussi je ne voudrais pas faire croire ou laisser croire que je suis seul à avoir fait de la Fédération dentaire nationale ce qu'elle est aujourd'hui ; je me suis borné à comprendre son rôle et à lui trouver sa devise : Concorde et Union. Votre bonne volonté, mes chers confrères, a fait tout le reste et c'est pour moi une grande joie de voir combien vous avez compris que l'intérêt de notre profession exige qu'en dehors de chaque groupement d'affinité, tous soient réunis dans un groupement national, comme toutes les provinces françaises quels que soient leurs intérêts particuliers, se trouvent réunis dans l'idée de Patrie.

C'est, convaincu que la Fédération dentaire nationale consciente de son rôle ne s'en éloignera plus, que je vous renouvelle, mes chers confrères, l'assurance de mon dévouement et de ma sympathie à cette grande Association.

SÉANCE DU MERCREDI 3 AOUT 1909.

La séance est ouverte à 5 heures au lycée Fénelon à Lille, par M. Francis Jean, président de la F. D. N., qui prononce une allocution très applaudie (V. plus haut).

L'ordre du jour porte en premier lieu la question : Congrès de Berlin.

M. Godon prend alors la parole pour vanter la bonne organisation et le grand rôle joué par la F. D. N. dans la préparation de ce Congrès. Il demande que la proposition suivante soit votée : *La F. D. N. autorise son bureau ou, à son défaut, le président à désigner sur place les délégués au Congrès de Berlin.* Adopté.

L'Assemblée s'occupe ensuite d'intéressantes questions professionnelles.

A propos des services dentaires dans l'armée, *M. Siffre* émet et fait voter le vœu suivant : « *que l'autorité militaire ne confie le service dentaire qu'aux militaires chirurgiens-dentistes ou en cours de scolarité* ». Ce vœu sera présenté aux autorités compétentes par le Bureau, auquel on adjoint M. Grimaud.

A propos de la question des fraudes aux examens, *M. Grimaud* pense que tous les efforts doivent tendre à exiger des examinateurs plus de sévérité et des pouvoirs publics la suppression des dispenses. M. Godon indique, en ce qui concerne les dispenses que l'Université de Nancy a rendu de grands services aux dentistes français en créant pour les étrangers son diplôme d'Université qui ne permet pas l'exercice en France.

Au sujet de l'application du décret du 11 janvier, *M. G. Villain* émet et fait adopter le vœu suivant : que le stage de prothèse se fasse de préférence dans les Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique et rattachées à l'Assistance publique.

M. Siffre attire l'attention de l'Assemblée sur la question de l'inspection médicale des Ecoles. Il rappelle que les médecins tendent à empêcher qu'on ne fasse appel aux spécialistes et invite les dentistes à venir combattre pour la fiche dentaire et l'examen par le dentiste au prochain Congrès d'hygiène scolaire.

Enfin *M. Grimaud,* devant l'importance des questions professionnelles à discuter, demande que la F. D. N. se réunisse plus souvent, ce qui est adopté.

La séance est levée à 6 h. 1/2.

Les sociétés ou organes professionnels représentés à la séance du 3 août de la F. D. N. étaient :

1° L'Ecole et Dispensaire dentaires de Paris (MM. Francis Jean, Pailliottin, H. Villain, Godon, Sauvez, G. Villain, R. Lemière) ;

2° La Société d'Odontologie de Paris (M. Dreyfus) ;

3° L'Association générale des dentistes de France (M. Bouvet, d'Angers) ;

4° Le Journal *L'Odontologie* (M. Roy) ;

5° L'Association de l'Ecole odontotechnique (M. Franchette) ;

6° La Société de Chirurgie dentaire (M. Frison) ;

7° Le journal *La Revue odontologique* (M. Prudhomme) ;

8° La Société odontologique de France (M. Siffre) ;

9° Le journal *La Revue générale de l'Art dentaire* (M. Grimaud) ;

10° L'Ecole et Dispensaire dentaires de Lyon (M. Pont) ;

11° Association des dentistes du Rhône et de région (MM. Durand, Soulard) ;

12° Le Laboratoire (M. Platschick).

Le secrétaire,
A. BARDEN.

NOUVELLES

Examens de chirurgien-dentiste.

Une session d'examens pour le grade de chirurgien dentaire aura lieu à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy aux dates ci-après :

1° Le jeudi 4 novembre, à 4 h. 1/2 ;
2° Le samedi 6 novembre, à 3 h. 1/2 ;
3° Le lundi 8 novembre, à 9 heures.

Les consignations pour examens seront reçues jusqu'au jeudi 28 octobre, 4 heures.

Exposition de Berlin.

L'École dentaire de Paris a obtenu la plus haute récompense pour son exposition à l'Exposition scientifique annexée au Congrès de Berlin.

Exposition d'hygiène de Buenos-Ayres.

Une exposition d'hygiène aura lieu à Buenos-Ayres en 1910. M. Etchepareborda a été chargé d'y représenter l'Ecole dentaire de Paris.

Mariages.

Nous apprenons le mariage de M^{lle} Anna Chemin, sœur de notre confrère M. Chemin (de Toulouse), membre de l'A. G. D. F., avec M. Guillaume Carrère, commis principal des contributions indirectes.

⁂

Nous apprenons également le mariage de notre confrère M. Albert Cardi, chirurgien-dentiste, avec M^{lle} Berthe Liandier, célébré le 7 octobre à Blesle (Haute-Loire).

Nous adressons nos félicitations aux nouveaux époux.

Congrès médical latino-américain.

Le IV^e Congrès médical latino-américain a eu lieu à Rio de Janeiro (Brésil) ; il a duré huit jours et comprenait une section d'Odontologie.

Un grand nombre de travaux d'intérêt scientifique et professionnel y ont été présentés par des dentistes brésiliens et étrangers. Notre confrère M. Rodolph Chapot-Prévost y représentait la F. D. I.

Société coopérative des dentistes de France.

La Société coopérative a tenu son assemblée générale annuelle le 23 juin 1909.

L'assemblée a pris connaissance des rapports de la Commission des comptes et du Conseil d'administration et a constaté la marche des plus satisfaisantes de la Société. Après approbation de ces rapports, du bilan et de la répartition, il a été procédé au renouvellement partiel du Conseil d'administration, qui se trouve ainsi composé : MM. J. d'Argent, Baelen, Bioux, Blatter, Delair, Godon, L. Lemerle, Maire, Miégeville (de Paris), Rollin, Roy, Szwaycarsky (Hugo).

Ont été désignés comme administrateurs suppléants : MM. Audy (Achille), Dreyfus, Frey, Pailliottin, Vanel.

Ont été nommés commissaires : MM. Borkowski, Desforges et de La Loge.

Erratum.

Dans notre numéro du 30 septembre, p. 306, 6e ligne haut, lire **en 1880** au lieu de **en 1889.**

GROUPEMENT

DE

L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

et de l'Association générale des Dentistes de France.

CHAMBRE SYNDICALE

OFFRES ET DEMANDES

Réservées aux Membres du Groupement.

Nº 332. — On demande pour l'après-midi seulement un étudiant de 3e année *mécanicien*, ou un diplômé de la Faculté *mécanicien*.

Nº 334. — On demande pour la province (centre) un bon opérateur diplômé connaissant assez la prothèse (pas d'aurifications).

Nº 336. — On demande pour la province (centre) un diplômé désireux de diriger un cabinet.

NOTA. — Adresser les demandes par écrit à la *Chambre syndicale*, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, ou à *M. Delair*, président, 12, rue Cernuschi.

Prière aux Membres qui ont reçu satisfaction d'en aviser le Président.

29e ANNÉE. N° 20 30 OCTOBRE 1909 VOL. XLII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

LE CURETTAGE ALVÉOLO-RADICULAIRE DANS LES ABCÈS ALVÉOLAIRES CHRONIQUES

Par MAURICE ROY,
Dentiste des hôpitaux de Paris,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

La conservation des dents et des racines prend une importance de plus en plus grande avec les moyens de restauration dont nous disposons actuellement ; mais, parmi les complications qui s'opposent le plus à cette conservation, l'abcès alvéolaire chronique tient une des premières places avec les kystes radiculaires. Il y a un petit nombre d'années, ces complications étaient considérées comme irrémédiables, mais, aujourd'hui, on peut arriver à conserver fréquemment et dans d'excellentes conditions des dents atteintes de ces redoutables complications. Pour ma part, grâce au mode de traitement dont je vous exposerai la technique, j'obtiens des résultats des plus satisfaisants, c'est pourquoi je viens vous entrenir de ce procédé particulier qui est basé sur une technique rationnelle et précise, espérant que son exposé pourra vous intéresser puisqu'il est appelé, je l'espère, à restreindre de plus en plus le domaine de l'extraction des dents, cette ultime opération dont je n'ai pas à faire le procès ici.

Dans un travail que j'ai publié en 1902 [1] j'ai déjà étudié le traitement de l'abcès alvéolaire chronique et j'ai indiqué la façon dont je le pratiquais dans les cas simples. Dans ce travail, en effet, je m'étais occupé plus spécialement du traitement de l'abcès alvéolaire avec fistule gingivale tel que je le pratique encore aujourd'hui dans tous les cas simples et dont je vous rappelle les grandes lignes :

---

[1] MAURICE ROY, *Quelques considérations sur la carie du 4e degré simple ou compliquée d'abcès alvéolaire. L'Odontologie* 1903, VI, p. 5.

Je traite comme deux choses distinctes la carie du 4^e^ degré, cause première de l'abcès, et cet abcès lui-même. Je pose en principe en effet, et je reviendrai plus longuement sur ce point tout à l'heure, que l'abcès alvéolaire, par le siège et l'étendue des lésions qu'il détermine, n'est pas justiciable du traitement par la voie radiculaire mais qu'il doit être traité par la voie la plus directe, c'est-à-dire la voie alvéolaire. Ainsi donc, après avoir préparé et nettoyé la dent et les canaux par les méthodes usuelles, je nettoie le trajet fistuleux à l'aide de sondes et de mèches, exactement comme je pratique pour les canaux radiculaires, puis j'introduis dans le trajet fistuleux une grande mèche d'ouate imbibée de chlorure de zinc au 1/10 et je bourre tout le trajet avec cette mèche que je laisse en place pendant une heure. Dans une séance suivante, sans plus m'occuper de la fistule, je place un pansement dans les canaux avec obturation à la gutta et, généralement huit à quinze jours après, sans autre traitement, la fistule est complètement fermée et je procède à l'obturation des canaux radiculaires et de la dent.

Ce traitement, dont j'apprécie tous les jours l'excellent résultat, n'est cependant pas employable dans tous les cas et déjà, dans le travail que je viens de vous rappeler, je disais que : « dans certains cas particulièrement rebelles, j'avais eu recours à l'ouverture large de la fistule au bistouri suivie d'un curettage de l'alvéole et de la racine terminé par une application de chlorure de zinc ».

J'ai, depuis cette époque, eu l'occasion de pratiquer ce mode de traitement par le curettage alvéolo-radiculaire dans un assez grand nombre de cas d'abcès alvéolaires graves ; j'ai pu ainsi l'expérimenter d'une façon plus complète et en préciser la technique. C'est de ce mode de traitement que je me propose de vous entretenir plus particulièrement ce soir en l'opposant à un autre procédé opératoire qui a été remis en faveur ces temps derniers dans des cas analogues, la résection apicale.

I

La résection de l'apex a été proposée pour la première fois par notre éminent confrère M. Claude Martin, de Lyon, en 1881[1], c'est une méthode de traitement fort intéressante et qui peut rendre de grands services, mais je crois que l'on fait erreur sur la façon dont agit ce mode de traitement et que la façon dont il est pratiqué présente des inconvénients assez nombreux que je résumerai ainsi :

1° La partie de ce traitement considérée comme principale, la résection de l'apex, est généralement inutile ;

2° La résection de l'apex est le plus souvent pratiquée d'une façon aveugle ;

3° Ce procédé opératoire ne s'adresse pas toujours à la lésion causale qui peut se trouver hors de son action ;

4° Il enlève à la dent des parties utiles à sa conservation ultérieure.

Pour pratiquer un traitement judicieux, il convient de bien se rendre compte des désordres que l'on se propose de combattre et de ne pas appliquer, un peu au petit bonheur, une même intervention à des lésions de siège et de nature parfois différents.

L'abcès alvéolaire chronique a, le plus ordinairement, pour cause initiale, la mortification pulpaire ; il est constitué par la formation d'une collection purulente chronique, généralement à l'extrémité de la racine, et ouverte soit par la racine, soit par le vestibule de la bouche, soit par la peau. Ce sont les deux premiers cas seuls dont nous nous occuperons.

Si le point de départ de l'abcès alvéolaire est ordinairement l'extrémité apicale, il s'en faut de beaucoup que, de ce point, les lésions suivent toujours la même voie et s'étendent circonférenciellement à toute l'extrémité de la racine et toujours dans la même direction.

---

[1] Claude Martin, *De la trépanation des extrémités radiculaires des dents appliquée au traitement de la périostite chronique alvéolo-dentaire*, in-8, 1881.

De plus on a coutume de considérer presque exclusivement les lésions de la racine et pas du tout celles de l'alvéole. Or, si l'on veut bien examiner un cas quelconque d'abcès alvéolaire, on verra que les lésions osseuses sont beaucoup plus étendues que celles de la racine et cela s'explique par la résistance beaucoup plus grande qu'offrent les tissus de la dent au processus nécrotique (fig. 1). Ce processus nécrotique, toutefois, s'exerce sur la dent comme sur l'alvéole dans tous les cas d'abcès alvéolaire chronique et non pas seulement comme le pensent certains auteurs dans un petit nombre de cas rebelles où l'apex nécrosé jouerait le rôle de corps étranger dont l'organisme chercherait à se débarrasser[1].

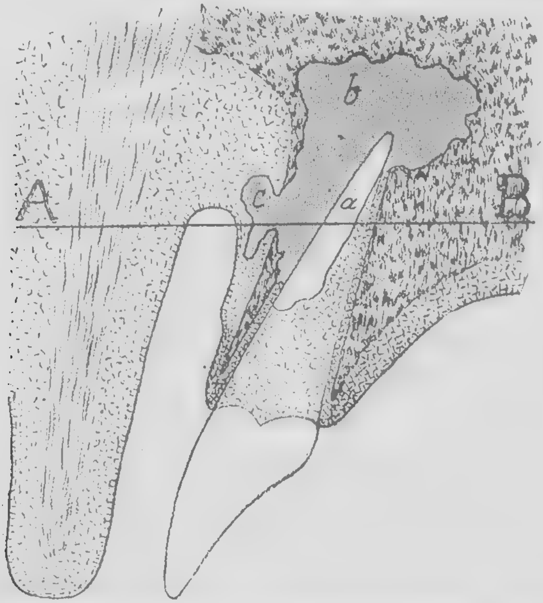


Fig. 1. — Figure montrant la topographie des lésions dans l'abcès alvéolaire : *a.* — Portion de la racine où le ligament alvéolo-radiculaire a été détruit. *b.* — Cavité intra-osseuse de l'abcès. *c.* — Cavité sous-gingivale de l'abcès. A B. — Ligne montrant le niveau auquel se fait la résection apicale. On peut voir, qu'au-dessus de cette ligne, une portion de ligament sain est enlevé et, qu'au-dessous de cette même ligne, subsiste une portion étendue de racine dénudée de son ligament.

---

[1] Béal, *De la résection de l'apex. Revue de stomatologie*, octobre 1908, p. 439.

De même, les fongosités sont beaucoup plus abondantes sur les parois alvéolaires nécrosées que sur la racine.

Cette conception de la racine corps étranger qu'il faut enlever rapidement si l'on veut obtenir une guérison rapide, me paraît erronée dans la généralité des cas, et mon expérience clinique me confirme dans cette idée. J'ai pu en effet conserver, sans inconvénient et sans entraver en rien la cicatrisation, des portions notables d'apex de racine totalement dépourvues de ligament radiculaire et que j'avais minutieusement curettées. Ces faits peuvent paraître paradoxaux au premier abord, mais en réalité, je pense, et l'expérience le montre, qu'une portion de cément peut très bien continuer à vivre en étant complètement enfouie dans l'épaisseur de tissus cicatriciels et continuant à être nourrie par imbibition par les parties saines restantes de ce cément.

On pourra m'arguer toutefois, au nom de cette même expérience clinique, que la résection apicale a été suivie fréquemment de la guérison parfaite d'abcès rebelles aux modes ordinaires de traitement. De ceci je ne disconviens pas, mais je répondrai simplement que, dans ces cas, la guérison est due non pas à la résection apicale elle-même, mais simplement au fait que, pour pratiquer celle-ci, on fait en même temps une large ouverture de l'abcès et forcément un nettoyage des fongosités alvéolaires et radiculaires et que c'est cette seule opération qui est réellement efficace. Cela est si vrai que, en pratiquant cette seule intervention et tout en respectant l'extrémité apicale dénudée de son ligament, j'obtiens des résultats au moins identiques en ce qui concerne la guérison et supérieurs en ce qui concerne la résistance ultérieure de la dent.

La résection apicale, ai-je dit, est le plus souvent pratiquée d'une façon aveugle. En effet, si j'en juge par le manuel opératoire décrit par ceux qui se sont occupés de cette question et par les interventions que j'ai vu pratiquer, cette opération est généralement faite avec une absence de précision que je trouve pour ma part regrettable et qui expose à ne pratiquer que des résections tout à fait imparfaites[1] et la technique préconisée par M. Schamberg, de Philadelphie, malgré la large perte de substance qu'elle cause n'est pas exempte des mêmes critiques.

D'autre part, en réséquant l'extrémité apicale, on risque de ne pas s'adresser toujours à la région réellement malade de la racine ; dans le cas de faux canal par exemple la lésion se trouve justement au-dessous de l'apex qui lui-même peut se trouver sain ; si bien que, dans un cas semblable, on enlève une portion saine de racine et on laisse la portion altérée. Je viens de traiter dernièrement à l'École dentaire de Paris deux cas qui se trouvaient dans ces conditions et avaient été diagnostiqués kystes radiculaires. Certaines lésions peuvent également en imposer pour un kyste radiculaire, tels ces cas de petits abcès avec forte exostose radiculaire et alvéolaire que j'ai opérés récemment et où l'intervention s'est bornée à un curettage minutieux de la portion très limitée de la racine qui se trouvait dénudée.

Enfin j'ai dit que la résection apicale enlevait souvent à la dent des parties utiles à sa conservation ultérieure.

Nous sommes tous d'accord, je pense, pour admettre que toutes les portions pratiquement saines de la racine et du ligament doivent être conservées. Or je viens de montrer par les exemples précédents que des parties saines peuvent se trouver détruites inutilement, mais, en dehors de ces faits, il en est fréquemment de même dans les formes d'abcès alvéolaire que l'on observe couramment. Les lésions radiculaires ne s'étendent pas comme une couronne à l'extrémité de la racine ; parties de l'apex, elles s'étendent d'une façon irrégulière et plus particulièrement sur l'une ou l'autre des parois radiculaires, si bien que la paroi disto-externe d'une racine par exemple peut se trouver largement dénudée tandis que, dans les autres portions, cette racine sera pourvue de son ligament jusqu'au voisinage de l'apex. Si, dans ces conditions on pratique la résection de l'extrémité radiculaire, on n'enlèvera pas, comme on se le propose, toute la portion dénudée de la racine, mais on enlèvera par contre une portion qui ne l'était pas du tout et qui serait d'autant plus utile à la dent pour la conservation de sa résistance fonctionnelle qu'une portion plus notable de son ligament se trouve détruite d'autre part (fig. 1 A, B).

---

[1] Schamberg, *The surgical treatment of chronic alveolar abscess. Dental Cosmos.* 1906, p. 15, voir les figures 8, 9, 24 qui illustrent cet article.

C'est pour ces différentes raisons que, dans le procédé de curettage alvéolo-radiculaire que j'emploie et que je vais vous décrire, je me suis attaché :

1° A opérer d'une façon aussi précise que possible. Pour cela, autant que faire se peut dans une région aussi restreinte et délicate, j'opère au grand jour et sur des tissus autant que possible exsangues ;

2° A pratiquer le nettoyage aussi minutieux que possible de toute la cavité abcédée aussi bien en ce qui concerne les lésions alvéolaires que les lésions radiculaires, mais en respectant soigneusement toutes les parties saines de la dent.

II

Le traitement de l'abcès alvéolaire doit-il être précédé de l'obturation de la dent comme le veulent M. Béal et certains partisans de la résection apicale. Il n'y a pas d'inconvénient très sérieux à cela, cependant je préfère ne pratiquer cette obturation que quelques jours seulement après le curettage alvéolo-radiculaire. En effet, dans les cas justiciables de cette intervention il y a généralement un écoulement purulent assez abondant par la racine, écoulement qu'il est difficile, sinon impossible, de tarir complètement ; il en résulte l'impossibilité de désinfecter complètement le canal radiculaire avant l'intervention et même l'impossibilité de faire une bonne obturation de ce canal puisque cette sécrétion purulente se mêle forcément à la matière obturatrice. Au contraire, après le curettage, la sécrétion purulente cesse immédiatement et il n'y a plus d'inconvénient, après une désinfection qui peut être parfaite, à obturer définitivement le canal et la dent. Cette obturation doit, en tout cas, se faire d'une façon précoce, bien avant la guérison de la plaie alvéolaire qui, parfois, ne peut se fermer qu'après obturation des canaux. (Voir Observation V.)

L'obturation des canaux doit se faire non pas avec de la gutta, mais avec un mélange antiseptique qui, tout en devenant solide et formant une obturation définitive de la racine, constitue en même temps un pansement permanent des canaux.

Souvent, en effet, il est pratiquement impossible de savoir si l'on a pénétré dans toute l'étendue des canaux et si ceux-ci ont été désinfectés jusqu'à leur extrémité ; nombre de dents ont des racines qui, par leur forme, par l'étroitesse de leur canal, ne permettent pas la pénétration des instruments les plus fins à cette extrémité dans laquelle peuvent rester des particules septiques ; il faut donc mettre dans les canaux une substance qui, tout en les obturant, soit susceptible de parachever leur désinfection et qui empêche la décomposition ultérieure des particules septiques qui n'auraient pu être enlevées ou complètement stérilisées. Pour ma part, je proscris donc dans ce but la gutta-percha qui est une substance inerte et je donne la préférence à une pâte formée d'oxyde de zinc et d'essence de girofle à laquelle j'ajoute une certaine portion d'aristol.

Oxyde de zinc....................	5 parties.
Aristol..........................	1 partie.

Essence de girofle q. s. pour faire une pâte à consistance de crème.

Cette pâte, qui doit être préparée au moment de son emploi, s'introduit aisément dans les canaux et y durcit en quelques heures, réalisant parfaitement les conditions que je signalais comme nécessaires pour l'obturation des racines. Dans les abcès alvéolaires chroniques, je foule cette pâte dans les canaux et la fait fuser jusque dans les poches abcédées d'où elle est éliminée sans inconvénient puisque celle-ci est largement ouverte et que cette pâte est antiseptique, non irritante et non miscible à l'eau et aux humeurs de l'économie.

III

Ceci dit quant aux considérations générales du traitement de l'abcès alvéolaire chronique, voici le manuel opératoire que j'emploie pour cette opératoire que j'ai dénommée *Curettage alvéolo-radiculaire.*

Il convient de pratiquer tout d'abord l'anesthésie de la région sur laquelle on va opérer : cette anesthésie sera pratiquée, avec la cocaïne ou la novocaïne, dans les mêmes conditions que pour l'extraction des dents, c'est-à-dire dans la fibro-muqueuse gingivale, et à la face interne de la dent comme à la face externe, tout le massif alvéolaire devant être anesthésié. Je prolonge toutefois un peu l'injection dans la direction apicale pour anesthésier la muqueuse et le tissu cellulaire de cette région. J'ajoute toujours de l'adrénaline à l'anesthésique employé, cette adjonction est des plus importantes, car elle contribue à assurer l'hémostase au cours de l'opération. C'est également dans ce dernier but que j'emploie le thermocautère de préférence au bistouri pour l'incision de la gencive d'autant qu'il n'y a pas intérêt à faire une incision qui se réunisse trop rapidement, la plaie devant se combler du fond à la périphérie.

L'anesthésie étant donc obtenue, je pratique, dans la région apicale à l'aide du thermocautère ou du galvanocautère, une petite incision longitudinale, par rapport à la racine, de la muqueuse jusqu'à l'os ; cette incision doit, autant que possible, ne pas intéresser le fibro-muqueuse gingivale. Par cette incision, avec une sonde à exploration, je recherche le siège exact de l'abcès ; si celui-ci a nécrosé complètement la paroi alvéolaire, son siège est trouvé aisément ; si, au contraire, cette paroi n'est pas complètement détruite, en appuyant un peu fortement avec la sonde ou une rugine sur la paroi alvéolaire on trouve généralement sur celle-ci un point moins résistant par lequel on pénètre dans la cavité abcédée, au cas contraire, on ouvrira cette paroi à l'aide du tour et des fraises en repérant aussi exactement que possible l'emplacement de l'apex. La radiographie rend de grands services à cet égard en indiquant très exactement la direction de la racine et le siège de l'abcès.

L'ouverture alvéolaire de l'abcès étant donc reconnue, j'agrandis s'il y a lieu mon incision longitudinale et je fais à sa base une incision transversale que je prolonge dans une direction convenable pour accéder à la région malade et y voir clair et je dégage la paroi alvéolaire de la muqueuse au niveau de celle-ci en sorte que j'ai finalement une ouverture de la muqueuse de forme triangulaire à sommet apical et à base transversale (fig. 2).

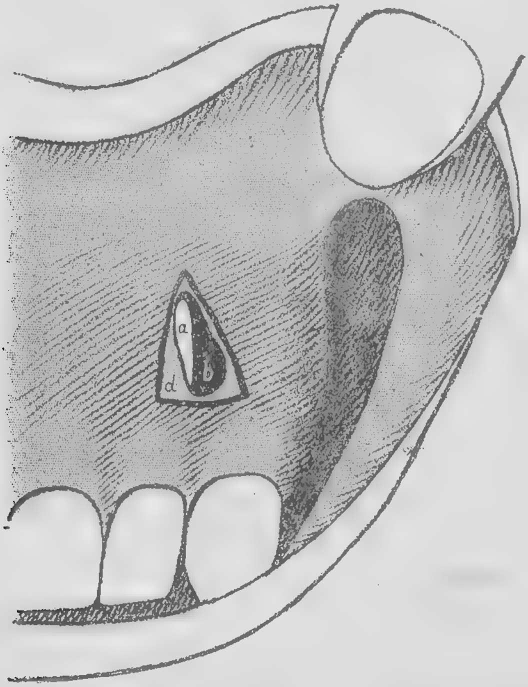


Fig. 2. — Le curettage alvéolo-radiculaire. *a.* — La pointe de la racine de l'incisive latérale supérieure gauche. *b.* — La cavité intra-osseuse de l'abcès. *d.* — La paroi alvéolaire antérieure.

Ceci fait, à l'aide de rugines et de fraises rondes montées sur le tour, j'agrandis l'ouverture de la cavité alvéolaire de façon à me donner un large accès dans celle-ci. Lavant et épongeant mon champ opératoire, je puis alors, grâce à l'hémostase due à l'adrénaline, voir exactement l'étendue des lésions et savoir exactement les points sur lesquels doit porter mon intervention ultérieure.

Cette intervention consiste à aller curetter toutes les parois de la cavité alvéolaire ainsi que les portions dénudées de la racine. Je pratique ce curettage à l'aide de fraises rondes, de grosseur proportionnée à la cavité, que je monte sur le tour électrique ; je prends toujours des fraises peu coupantes et tournant à une vitesse très modérée, de façon à ne pas faire de résection de la racine et à ne faire qu'un curettage des tissus malades.

Quand j'opère sur des régions un peu délicates, au voisinage du trou mentonnier, ou du sinus maxillaire par exemple, j'emploie de préférence des fraises à main de façon à mieux localiser encore mon intervention. Exceptionnellement, quand j'ai affaire à une grosse cavité d'abcès, j'emploie de petites curettes tranchantes de Wolkmann concurremment avec les fraises.

Au cours de ce curettage je lave le champ opératoire à l'aide de la poire et de petits tampons montés et au fur et à mesure que la cavité est débarrassée des fongosités qui la remplissent on voit plus nettement les portions alvéolaires et radiculaires altérées ; il suffit de faire un peu de compression pendant quelques instants pour voir les parties malades avec une netteté parfaite.

Le curettage terminé, je déterge largement la plaie avec un tampon imbibé de chlorure de zinc au 1/10, je fais un dernier lavage et j'abandonne la plaie à elle-même en prescrivant au malade le brossage minutieux de ses dents et de fréquents lavages antiseptiques de la bouche.

Je ne pratique jamais de tamponnement à demeure ; et j'insiste d'une façon toute particulière sur ce point. Le tamponnement d'une façon générale doit être proscrit dans les opérations de chirurgie buccale sauf en cas d'hémorragie, comme cela se produit généralement à la suite des interventions pour grands kystes.

Les pansements à demeure, dans les interventions de chirurgie buccale, se trouvant en contact constant avec tous les liquides buccaux deviennent très rapidement une source d'infection, aussi, même en cas d'hémorragie, ces pansements ne doivent-ils rester en place que le temps minimum nécessaire pour arrêter ladite hémorragie ; ils ne doivent pas rester en tout cas plus de 24 heures sans être renouvelés. De plus, le tamponnement, même si par impossible on le maintenait propre, empêche les plaies de se combler ; aussi, à moins qu'on ait quelque raison de rechercher ce dernier but, *le tamponnement doit-il être rejeté encore pour cette raison, dans tous les cas où on cherche à amener une cavité à se combler,* ce qui est le cas dans l'opération dont je vous entretiens.

Quelques jours après mon intervention, 48 heures généralement, je nettoie complètement les canaux radiculaires et j'y place un pansement de tricrésol recouvert de gutta-percha et, 24 ou 48 heures après ce pansement, je pratique l'obturation définitive des canaux avec la pâte oxyde de zinc, aristol et essence de girofle ainsi que je l'ai indiqué plus haut.

Quant à la plaie elle-même je me contente de surveiller l'état de propreté de la bouche et la marche de la cicatrisation, faisant quelques attouchements au chlorure de zinc lorsque la plaie a une marche atonique.

Immédiatement après l'opération, la suppuration disparaît pour ne plus revenir ; la cavité bourgeonne et se comble progressivement du fond vers la périphérie ; l'ouverture de la muqueuse se rétrécit peu à peu, puis se ferme définitivement en laissant une cicatrice solide, non douloureuse avec parfois une petite dépression cupuliforme de la muqueuse due à l'affaissement de celle-ci dans la cavité.

IV

Eu égard à la rareté relative des indications de ce mode de traitement, je l'ai pratiqué sur un assez grand nombre de dents, tant uniradiculaires que multiradiculaires, à la mâchoire inférieure, comme à la mâchoire supérieure ; je n'ai pas observé à cet égard de différences intéressantes à signaler quant à l'opération ou à ses suites. Cette opération que je pratique depuis huit ans m'a toujours donné des résultats très satisfaisants.

Je n'applique pas, bien entendu, ce mode de traitement à tous les cas d'abcès alvéolaires que j'ai à traiter, le plus grand nombre de ces abcès, en effet, peut guérir par un traitement plus simple par le canal radiculaire. Ce mode de traitement doit être réservé aux cas suivants :

1° A toutes les dents atteintes d'abcès alvéolaire et qui n'auront pas pu être guéries par les modes de traitements habituels par le canal radiculaire, et particulièrement aux abcès borgnes ;

2° A toutes les dents atteintes d'abcès dû à un faux canal ;

3° A toute dent présentant un kyste radiculaire de petit volume.

Les contre-indications ne comprennent que les kystes de trop grand volume pour pouvoir espérer la fermeture totale de la poche avec inclusion complète de la racine. En effet, alors qu'un abcès alvéolaire très volumineux se comble d'une façon parfaite par bourgeonnement, il n'en est pas de même pour les kystes dont les parois, on le sait, n'ont pas la même tendance au bourgeonnement et lorsqu'ils sont un peu volumineux (grosseur d'une noisette environ), ils peuvent se cicatriser en laissant une cavité permanente.

Quant à la résection apicale je n'y vois qu'une seule indication, c'est lorsque, comme dans une de mes observations (Voir Obs. VII) on a affaire à une racine dont, par suite de la présence d'un pivot par exemple, il est impossible d'assurer la désinfection de l'extrémité du canal.

Enfin, si l'extrémité apicale présentait une destruction étendue avec des sortes de stalactites cémentaires, il est naturellement indiqué de réséquer celles-ci pour donner à la racine une surface lisse nécessaire pour la désinfecter et empêcher l'irritation des parties molles qui doivent combler la cavité.

V

La recherche des observations que j'ai dû faire pour ce travail n'a pas été très facile sauf pour les derniers cas que j'ai traités, car, lorsque, par les nécessités des cas cliniques en présence desquels on se trouve, on est amené à pratiquer une intervention un peu particulière, on ne songe pas toujours à noter spécialement l'observation de ce cas et ce n'est qu'au bout de quelque temps que l'intérêt s'en dégage, soit par sa répétition, soit par les résultats obtenus.

Néanmoins en compulsant mes notes journalières depuis un certain nombre d'années, j'ai pu reconstituer quelques-unes de mes observations d'autant plus intéressantes que les résultats plus éloignés ont pu être suivis plus longtemps.

Je n'ai pas l'intention de reproduire toutes ces observations, ce serait un peu fastidieux, je me contenterai de vous donner d'abord quelques observations types, puis quelques autres observations intéressantes par diverses particularités.

OBSERVATION I.

M^me^ D., 30 ans, vient me trouver en décembre 1901 pour faire traiter l'incisive centrale supérieure droite atteinte de carie du 4^e^ degré. Je me mis en devoir de traiter cette dent par les moyens ordinaires tels que je les ai exposés dans mon précédent travail ; mais cette dent présentait un abcès alvéolaire borgne, ouvert par le canal et malgré tous mes efforts, il me fut impossible par le canal radiculaire de faire disparaître la suppuration. Du pus se formait sans cesse à l'extrémité apicale, traversait la paroi alvéolaire externe mais sans sphacéler la muqueuse derrière laquelle il se collectait. A deux reprises, j'incisai celle-ci mais malgré cette ouverture et des applications de chlorure de zinc, la plaie gingivale se refermait et du pus se reformait.

Après six semaines de soins en pure perte, je me résolus à pratiquer un traitement plus radical consistant à ouvrir largement l'abcès par la voie vestibulaire et à faire le curettage de l'alvéole, ce fut ma première opération de curettage alvéolo-radiculaire.

Les résultats de l'opération furent excellents ; à partir de cette intervention, la suppuration disparut complètement, le 7 mars je plaçais un pansement occlusif dans le canal radiculaire et le 16 avril, deux mois après mon intervention et alors que la plaie vestibulaire était fermée depuis longtemps j'obturai la racine définitivement et je plaçai une dent à pivot pour remplacer la couronne détériorée.

Le résultat éloigné fut tout à fait satisfaisant ; quelques années après, la dent à pivot ayant été cassée, je dus la remplacer, en retirant le pivot scellé au ciment dans la racine. Malgré le traumatisme nécessité par cette opération aucune complication ne se produisit ; la racine est restée en parfait état et l'était encore il y a deux ans quand je revis la malade.

On remarquera que, dans cette intervention comme dans toutes celles que j'ai faites jusqu'à ces derniers temps, je n'ai obturé définitivement la racine qu'après cicatrisation complète de la plaie vestibulaire, mais, ainsi que je l'ai exposé dans mon mémoire j'ai modifié cette façon de faire et, j'obture la racine quelques jours après le curettage.

Observation II.

M. B., 43 ans, vint chez moi le 18 février 1906 souffrant de la deuxième prémolaire inférieure droite qui était obturée.

Cette dent présentait de la sensibilité à la percussion, de la rougeur de la gencive, le malade avait la sensation d'allongement de la dent, tous signes caractéristiques de la périostite aiguë. J'enlevai l'obturation et trouvai la chambre pulpaire et le canal infectés, pensant d'après l'intensité et la durée de la douleur, bien qu'il n'y eut pas de tuméfaction de la gencive au niveau de l'apex, que du pus pouvait être collecté à l'apex, et ce pus ne venant pas par la simple ouverture du canal, j'agrandis celui-ci à l'aide de beutelrocks et ouvris largement l'apex ; une certaine quantité de pus sortit par le canal à la suite de cette intervention et mon malade partit soulagé.

Après une huitaine d'attente pour laisser refroidir les lésions inflammatoires, je commençai le nettoyage et la désinfection des canaux, mais je constatai alors la présence dans le canal d'une sécrétion séropurulente intarissable indice de lésions profondes de l'alvéole et de la racine. N'ayant pu modifier cette suppuration par la désinfection du canal et des applications de chlorure de zinc, je résolus, dans ces conditions, de pratiquer le curettage alvéolo-radiculaire.

Le 9 mars, après anesthésie cocaïne-adrénaline, j'ouvris au thermocautère la muqueuse dans la région apicale et trouvai à ce niveau la paroi alvéolaire peu altérée, néanmoins en insistant un peu fortement avec une rugine, la paroi alvéolaire céda, et me permit de pénétrer à l'apex de la dent dans la cavité abcédée. A l'aide de fraises à main, j'ouvris plus largement la paroi alvéolaire et curettai soigneusement la cavité qui était dirigée en arrière et intéressait surtout la face distale de la racine ; je détergeais la plaie à l'aide de chlorure de zinc au 1/10 et j'abandonnai la plaie sans tamponnement faisant simplement pratiquer des lavages antiseptiques de la bouche.

La cicatrisation marcha normalement, dix jours après je plaçai un pansement dans le canal que je renouvelai dix jours après et enfin le 19 avril la plaie étant complètement cicatrisée, j'obturai le canal, car à cette époque je ne pratiquais encore l'obturation du canal qu'après cicatrisation. Enfin, quelques jours après je plaçais une dent à pivot sur la racine, la couronne étant très détériorée. J'ai eu occasion de revoir ce malade depuis à plusieurs reprises, sa dent est en parfait état, la gencive présente au niveau de l'opération un aspect tout à fait normal, aucune douleur n'a jamais été ressentie.

La seule particularité de cette observation réside dans le voisinage du trou mentonnier et dans la longueur de la racine qui était très grande en sorte que la trépanation alvéolaire dut être faite à un niveau très bas, ce qui était un peu gênant au point de vue opératoire mais n'eut aucune importance quant aux suites opératoires.

Observation III.

Le D^{r} C., 30 ans, avait reçu étant enfant un choc violent sur l'incisive supérieure droite qui avait déterminé la mortification pulpaire. Cette dent lui ayant occasionné de nombreux abcès, elle fut trépanée et la chambre pulpaire ouverte par un de nos confrères qui se mit en devoir de traiter la dent ; elle présentait par le canal un écoulement séro-purulent constant que ce confrère, dont la compétence n'est pas en doute, ne put arriver à vaincre malgré force pansements antiseptiques et malgré des injections d'éther iodoformé par le canal au delà de l'apex largement ouvert. En désespoir de cause il se borna à laisser dans la racine un pansement iodoformé recouvert de gutta, pansement qu'il renouvelait de temps en temps quand l'abcès paraissait se reformer plus menaçant.

En mai 1903, ce malade étant venu réclamer mes soins, je trouvai la dent exempte de carie, trépanée au lieu d'élection et renfermant un pansement iodoformé recouvert de gutta. J'enlevai le pansement, il était souillé par du liquide séro-purulent qui s'écoula par le canal ; celui-ci était très large, l'apex très largement ouvert montrant ainsi que la mortification pulpaire remontait à une époque éloignée, à un moment où la calcification de la racine était encore incomplète. La gencive un peu violacée ne présentait pas de fistule mais le malade la sentait se tuméfier de temps en temps et en pressant au niveau de l'apex, le pus sortait plus abondant par le canal faisant mouvement de piston de pompe.

Ayant soigneusement nettoyé le canal j'y plaçai un pansement d'essence de cannelle, mais huit jours après je trouvai une tuméfaction de la gencive assez notable et lorsque j'enlevai le pansement un flot de liquide sortit par le canal. Dans ces conditions je n'hésitai pas, j'ouvris la muqueuse au niveau de l'apex et trouvai une énorme cavité avec des fongosités dont après avoir agrandi un peu l'orifice je pus faire le curettage à l'aide d'une petite curette de Wolkmann (le n° 6). Je détergeai au chlorure de zinc et abandonnai la plaie sans tamponnement. Huit jours après je fis une nouvelle cautérisation de la plaie au chlorure de zinc au 1/10, puis le 4 juillet, cinq semaines après l'opération, je plaçai un pansement d'essence de cannelle dans le canal d'où la suppuration avait totalement disparu. Quinze jours après, la plaie étant cicatrisée complètement j'obturai le canal à la pâte d'oxyde de zinc, iodoforme et essence de girofle.

Le résultat définitif est parfait, aucune récidive d'abcès ne s'est produite, la gencive est restée seulement un peu violacée quoique saine d'ailleurs. Il y a cinq ans, la dent ayant une coloration brune extrêmement accentuée le Dr C. me demanda de lui placer une dent à pivot. Je lui coupai la couronne de cette dent et lui plaçai une dent à pivot sans que les divers traumatismes nécessités par cette opération eussent le moindre retentissement fâcheux sur la racine de cette dent.

Observation IV.

M. L., 18 ans, avait, depuis plusieurs années, la première grosse molaire supérieure droite qui était obturée mais lui provoquait assez fréquemment du gonflement du côté du palais, sans toutefois qu'aucun écoulement ne se fit de ce côté. Désireux de se débarrasser de ces ennuis il vint me trouver le 14 février 1906 et, la dent ayant été désobturée je trouvai les canaux dans un profond état d'infection ; la racine palatine était le siège d'un écoulement abondant de liquide séro-purulent et l'orifice apical très large permettait de faire pénétrer les sondes largement au delà de cet orifice ; en pressant sur le palais au niveau de l'apex on faisait sortir le liquide en plus grande abondance. Je lavai à maintes reprises les canaux à l'eau oxygénée et fis pénétrer au delà de l'apex du chlorure de zinc au 1/10 mais sans obtenir même une amélioration appréciable dans l'écoulement purulent, c'est pourquoi au bout de dix jours, je résolus de pratiquer le curettage alvéolo-radiculaire.

L'anesthésie cocaïnique avec adjonction d'adrénaline ayant été obtenue, j'ouvris au thermocautère la muqueuse palatine au niveau de l'apex de la racine correspondante et je tombai immédiatement sur une énorme cavité abcédée ayant largement mis à nu la pointe de la racine palatine et filant entre les racines au point qu'il était possible de sentir avec la sonde les faces internes des racines externes. A l'aide de grosses fraises rondes, je curettai le mieux possible toute la cavité et les parties dénudées des racines, en agissant néanmoins avec précaution vu la région où j'opérais qui, comme on le sait est voisine du sinus. Je vis très bien par la plaie l'orifice apical de la racine palatine, mais je n'enlevai néanmoins aucune partie de cette racine. Je terminai en tamponnant la cavité durant quelques instants avec une mèche d'ouate imbibée de chlorure de zinc au 1/10. On aura une idée de l'étendue de cette cavité quand je dirai que je pus introduire par la plaie dans la cavité abcédée, c'est-à-dire entre les racines, une mèche d'ouate de la grosseur d'un crayon et de 5 centimètres au moins de longueur. Le tamponnement enlevé je congédiai mon malade en lui prescrivant des lavages phénosalylés.

Huit jours après, je fis dans les canaux un pansement à l'essence de cannelle et j'attendis, comme je le faisais à l'époque, la cicatrisation de ma plaie opératoire pour obturer les canaux.

Un mois après, la cicatrisation de la plaie était très avancée, mais un petit orifice persistait par lequel le malade percevait de temps en temps la saveur caractéristique de l'essence de cannelle. J'enlevai mon pansement et je pus constater que celui-ci dans la racine palatine s'était infecté par suite de l'ouverture large existant à l'extrémité apicale de celle-ci. Je plaçai un nouveau pansement pendant quelques jours et vis en effet de l'essence de cannelle venir par l'orifice fistuleux qui persistait. J'en conclus que mon pansement, au bout de quelques heures, loin de servir à désinfecter, entretenait l'infection apicale par suite de l'imbibition des mèches par les produits septiques de la bouche que l'essence de cannelle, comme n'importe quel antiseptique, était très rapidement dans l'impossibilité de stériliser. C'est pourquoi je bouchai définitivement les canaux de cette dent avec de la pâte oxyde de zinc, iodoforme et essence de girofle dont une partie vint sourdre par le trajet fistuleux et quelques jours après, je constatais avec satisfaction que la fistule était complètement cicatrisée. Six semaines après le curettage je plaçais une couronne d'or sur la dent définitivement guérie.

C'est depuis cette époque que j'ai généralement pratiqué l'obturation définitive des canaux quelques jours après l'opération, sans attendre la cicatrisation de la plaie opératoire et je me suis toujours très bien trouvé de cette manière de procéder.

J'ai eu occasion de revoir ce malade à plusieurs reprises et notamment il y a deux mois ; il n'a jamais eu aucune récidive des abcès à répétition que lui occasionnait cette dent, la muqueuse palatine est en excellent état, beaucoup plus ferme qu'avant et au niveau de l'intervention on voit une petite cicatrice étoilée très légèrement déprimée et sans la moindre trace de trajet fistuleux.

Cette observation est intéressante en raison de la dent en cause, grosse molaire supérieure, et de l'étendue considérable de la destruction alvéolaire ; néanmoins, comme on le voit, le résultat a été parfait malgré la présence d'une portion importante de racine dénudée de tout ligament.

Observation V.

M. D., 28 ans, avait une seconde grosse molaire inférieure gauche avec une grosse obturation faite depuis une douzaine d'années et, depuis le même temps, il présentait au niveau de cette dent un abcès à répétition qui, par poussées successives, avait amené au niveau de cette dent une fistule, accompagnée d'un gonflement de la région péri-maxillaire qui donnait lieu à une petite déformation visible extérieurement. Par la palpation on sentait le maxillaire très manifestement épaissi dans sa portion alvéolaire.

La dent désobturée, je trouvai les canaux infectés et non obturés. Sans attendre le résultat du traitement causal qui ne pouvait certainement pas à lui seul modifier les lésions en présence desquelles je me trouvai, je fis le lendemain le curettage alvéolo-radiculaire. Je ne trouvais pas, comme dans le cas précédent, une vaste cavité mais au contraire un trajet tortueux et très étroit dans un bord alvéolaire très épaissi. A l'aide de fraises rondes, j'agrandis ce trajet, je le curettai soigneusement et détergeai ensuite la plaie au chlorure de zinc au 1/10. Quatre jours après je plaçais dans les canaux un pansement au tricrésol ; je fis huit jours après une nouvelle cautérisation au chlorure de zinc et, le malade s'étant trouvé empêché de revenir par suite de son éloignement de Paris, j'obturai les canaux et la dent cinq semaines après le curettage. A ce moment la plaie était cicatrisée, il restait encore du gonflement du maxillaire et de la région, mais toutes ces parties étaient en très bon état, sans trace de suppuration.

J'ai revu ce malade il y a quelques jours, c'est-à-dire seize mois après mon intervention, et j'ai pu constater avec plaisir et, je l'avoue un peu de surprise pour un résultat aussi parfait, que l'épaississement du bord alvéolaire avait totalement disparu ainsi que toute trace de la déformation extérieure qui en résultait ; sauf une dépression au point où avait existé l'abcès, le maxillaire avait un aspect absolument normal.

Au sujet de cette observation j'appellerai votre attention sur cette forme particulière d'abcès avec épaississement alvéolaire, elle peut en imposer en effet pour des lésions différentes et notamment pour un kyste. J'ai eu l'occasion de traiter, à ma clinique de l'Ecole dentaire, deux cas semblables, une incisive centrale supérieure et une première prémolaire inférieure ; les malades porteuses de ces dents m'avaient été adressées toutes deux avec le diagnostic de kyste et j'avoue que ce diagnostic paraissait assez probant ; on constatait dans le sillon vestibulaire au niveau de la racine de ces dents une petite tuméfaction dure sphérique analogue à celle que l'on observe dans les kystes au début. Néanmoins dans ces deux cas, la muqueuse ayant été ouverte et la paroi alvéolaire bien mise à nu, je constatai la présence d'une simple hyperostose alvéolaire due à un abcès alvéolaire de petit volume. J'ouvris et curettai celui-ci suivant la technique que vous connaissez et ils guérirent parfaitement.

Ces cas sont trop récents pour que je puisse vous dire si cette hyperostose alvéolaire a disparu comme chez le malade qui fait l'objet de l'obvervation précédente, mais après le résultat merveilleux obtenu dans ce dernier cas je ne doute pas qu'il en sera de même.

Observation VI.

M. R., 18 ans, élève à l'Ecole dentaire de Paris, avait une dent à pivot qui lui avait été placée quelques années auparavant sur la racine de l'incisive centrale supérieure gauche. Cette dent à pivot s'étant cassée, on lui enleva le pivot et quelques jours après on constata qu'un écoulement séro-purulent abondant se produisait par le canal. On procéda au traitement habituel de la racine mais sans pouvoir tarir la suppuration, il vint donc me trouver avec le diagnostic de kyste radiculaire pour que je lui pratique la résection apicale.

La racine présentait un canal largement ouvert, puisque un pivot y avait été placé, et la boulette d'ouate qui l'obturait étant enlevée du liquide sale s'écoula en abondance par la racine, l'écoulement augmentant quand on appuyait le doigt sur la gencive.

Après anesthésie à la cocaïne-adrénaline j'incisai la muqueuse au thermocautère et tombai dans une poche d'abcès siégeant à la partie moyenne de la racine et s'étendant surtout sur sa face mésiale. A l'aide de fraises rondes montées sur le tour, je curettai soigneusement la cavité alvéolaire et la racine et je constatai alors avec surprise que l'abcès était dû non pas à un abcès alvéolaire ordinaire, l'apex au contraire était sain, mais qu'il était dû à l'existence d'un faux canal creusé lors de la pose de la dent à pivot. A cette époque la racine avait été soignée et bien guérie, probablement, puis obturée, mais lorsque l'on avait posé la dent à pivot une fausse route avait été faite, d'où le faux canal en présence duquel je me trouvais et qui siégeait sur la face mésiale de la racine à peu près à la moitié de la hauteur de celle-ci.

Quelques jours après le curettage j'obturai le faux canal avec du ciment mélangé à de l'aristol et quatre semaines après la plaie était complètement cicatrisée. Mon collègue Georges Villain depuis a placé sur cette racine une nouvelle dent à pivot en creusant cette fois le canal dans la direction normale, la racine et la gencive sont dans un état de santé parfaite.

Cette observation est certainement une des plus intéressante, parmi celles que je vous présente car elle vient, plus encore que tout autre, plaider contre la résection apicale. En effet si, comme me le demandait le collègue qui m'avait adressé ce jeune homme, je lui avais fait une résection apicale, il serait arrivé ceci que j'aurais enlevé une partie de racine saine des plus importantes et que j'aurais laissé au contraire la partie malade puisque, bien que la cavité abcédée remonta plus haut, le faux canal siégeait au voisinage de la ligne médiane de la racine et que la résection apicale n'aurait pas atteint ce niveau.

OBSERVATION VII.

M^{me} D. H., 40 ans, avait depuis huit ou dix ans trois dents à pivot à la mâchoire supérieure, sur les deux incisives latérales et sur l'incisive centrale gauche. Elle fut atteinte subitement il y a quelques mois d'un abcès alvéolaire considérable au niveau de la racine de l'incisive latérale droite, son médecin lui incisa cet abcès et, quelque temps après, m'adressa cette malade pour lui traiter sa racine.

Je trouvai l'abcès complètement guéri, sans fistule et seulement comme reliquat une légère sensibilité lorsque l'on pressait fortement dans le sillon vestibulaire au niveau de l'apex. Sur la racine était placée une dent à pivot à talon de métal. J'examinai cette dent, elle était très solidement fixée au ciment et son enlèvement paraissait devoir être assez laborieux avec, en plus, l'aléa que présente toujours le descellement d'un pivot dans une racine. Dans ces conditions, la malade insistant pour être à l'abri du nouvel abcès, je résolus de lui faire le curettage alvéolo-radiculaire, mais avec en même temps une résection apicale jusqu'au niveau du pivot, puisque, celui-ci étant fixé au ciment, la racine pourrait être considérée comme pratiquement à peu près saine dans la partie occupée par le pivot où forcément les parois canaliculaires avaient été nettoyées par la fraise et où la racine était obturée par le pivot et le ciment fixant celui-ci.

Après anesthésie cocaïne-adrénaline, j'incisai le sillon vestibulaire au niveau de l'apex suivant la technique que j'ai décrite, la paroi alvéolaire était nécrosée et j'arrivai facilement dans une cavité assez étendue, surtout sur la face distale de la racine. Lorsque je pénétrai dans cette cavité je trouvai un gros pois de pus louable qui remplissait en partie la cavité, bien que l'abcès remonta à deux mois au moins et bien que la gencive au niveau de cette dent parut saine, à part un peu de sensibilité apicale, mais seulement à une pression assez forte.

Je curettai soigneusement la cavité alvéolaire et la racine et enfin, en terminant, je réséquai une portion de l'apex de cette dernière à l'aide d'une fraise coupe émail, opération aisée et précise avec le champ opératoire tel que celui que j'obtiens dans l'intervention que je pratique.

Je touchai la plaie comme de coutume au chlorure de zinc et la cicatrisation se poursuivit dans les meilleures conditions; six semaines après elle était complètement terminée.

Deux mois après, cette même malade se fractura la dent à pivot placée par le même opérateur dans l'incisive centrale gauche, elle vint me trouver et je pus retirer assez aisément le pivot de cette dent beaucoup moins solidement fixé que celui de l'autre dent. Comme pour celle-ci, la racine n'avait pas été désinfectée, aussi je me mis en devoir de la lui traiter, avant de resceller la dent que, après réparation, je lui reposais provisoirement. Quelques jours après, ma malade revenait avec un énorme abcès siégeant entre l'incisive centrale et la latérale également à pivot, mais paraissant provenir de la latérale. J'ouvris au bistouri la collection purulente et, quelques jours après, les phénomènes aigus étant dissipés, je fis le curettage alvéolo-radiculaire. Je trouvai une énorme cavité partant de la face distale de l'incisive latérale et s'étendant jusqu'à la face mésiale de l'incisive centrale. Je fis un curettage minutieux à la fraise et à la curette, de toute la cavité abcédée ainsi que des parties dénudées de la racine de l'incisive centrale; quant à l'incisive latérale qui, comme je l'ai dit, portait elle aussi un pivot je fis la résection de la racine jusqu'à la hauteur du pivot placé dans la dent, comme je l'avais fait dans la dent homologue du côté droit puisque je ne pouvais non plus retirer le dit pivot.

Il résulta de cette opération une très vaste brèche que j'abandonnai à elle-même sans aucun tamponnement, prescrivant et pratiquant seulement les soins antiseptiques convenables. La suppuration disparut immédiatement pour ne plus revenir; trois jours après le curettage, j'obturais la racine de l'incisive centrale à l'aide de la pâte oxyde de zinc, aristol et essence de girofle que je pus voir fuser jusque dans la cavité curettée et, cinq semaines après l'opération, la plaie était complètement cicatrisée sans que rien put faire soupçonner, à l'inspection de la muqueuse vestibulaire ou des dents, l'étendue des désordres qui s'étaient produits à ce niveau.

Plusieurs points sont à relever dans cette observation. Dans ma première opération sur cette malade il est à signaler la présence d'une quantité de pus très appréciable au niveau de la racine de l'incisive latérale droite bien que cette dent, au moment de l'opération et depuis deux mois au moins auparavant, ne provoquât aucune douleur spontanée ou provoquée sauf une très légère sensibilité à une forte pression du doigt dans la région vestibulaire. Ce fait, qui n'est pas isolé, explique le développement si rapide de collections purulentes considérables au niveau de certaines dents depuis fort longtemps indolores, mais présentant une infection latente qui se manifeste à l'occasion d'une rupture de l'équilibre organique de l'individu qui en est porteur.

Cette opération présente également un exemple d'indication et, c'est peut-être la seule, de résection apicale. Deux fois en effet, chez cette même malade, j'ai pratiqué cette opération parce que je me trouvais en présence de racines dans lesquelles existait un pivot que je ne pouvais retirer ; j'ai considéré que la portion de racine où le pivot était scellé pouvait être considérée comme relativement désinfectée par la préparation qu'elle avait forcément subie et par l'obturation constituée par le pivot et le ciment qui fixait celui-ci. J'ai donc réséqué la portion de racine dépourvue de pivot dont le canal était profondément infecté et que je ne pouvais désinfecter par aucun moyen à moins de pratiquer la réimplantation.

VI. — Conclusions.

I. — Dans l'abcès alvéolaire, les lésions alvéolaires sont beaucoup plus étendues que les lésions radiculaires.

II. — Sur la racine, les lésions ne sont généralement pas limitées à la région apicale ; celle-ci n'est souvent intéressée que dans une portion restreinte et les lésions s'étendent sur une portion plus ou moins considérable d'une ou plusieurs des faces latérales qui se trouvent de ce fait dépourvues de ligament.

III. — La suppuration dans les abcès alvéolaires chroniques n'est pas due, comme le pensent certains auteurs à l'apex dépourvu de son ligament et qui jouerait le rôle de corps étranger dont l'organisme chercherait à se débarrasser.

IV. — La conservation d'une partie importante de racine dépourvue de ligament radiculaire n'empêche pas la disparition de la suppuration et la fermeture des trajets fistuleux, pourvu que l'infection, cause première de l'abcès, ait disparu et que le foyer abcédé ait été soigneusement nettoyé.

V. — La résection apicale n'enlève généralement jamais toutes les parties malades et enlève souvent au contraire des parties saines de la racine.

VI. — Dans l'abcès alvéolaire chronique, en raison de l'étendue et du siège des lésions, il y a avantage à traiter séparément et par la voie la plus directe chacun des facteurs en cause :

1° L'infection pulpaire par les canaux radiculaires ;

2° L'abcès alvéolaire par la voie vestibulaire.

VII. — Dans les abcès alvéolaires ayant résisté aux traitements par la désinfection de la dent et quelques cautérisations de la poche abcédée ou du trajet fistuleux, le curettage alvéolo-radiculaire est l'opération de choix. Cette opération est également indiquée pour le traitement des kystes radiculaires.

VIII. — Le curettage alvéolo-radiculaire est une opération qui consiste à aller par la voie vestibulaire, nettoyer complètement le foyer abcédé. Cette opération comprend les temps suivants :

a) Inciser verticalement au bistouri, ou mieux au thermocautère, la muqueuse vestibulaire au niveau de l'extrémité apicale de la racine ou au niveau d'une autre région, en cas de faux canal par exemple.

b) Ouvrir, s'il y a lieu, la paroi alvéolaire, celle-ci est généralement détruite ; néanmoins, il convient d'agrandir son ouverture, s'il est besoin, pour découvrir largement le foyer abcédé.

c) Le foyer abcédé étant bien découvert, à l'aide d'une fraise ronde modérément coupante on curette les parois alvéolaires et les parties malades de la racine en respectant soigneusement les parties saines et sans faire la résection de ladite racine.

d) Le curettage achevé, la plaie est détergée avec la solution de chlorure de zinc au 1/10 puis abandonnée à elle-même *sans tamponnement,* le canal radiculaire est ensuite désinfecté et obturé dans les huit jours suivants.

e) La guérison est obtenue en quatre à six semaines.

f) Cette opération peut se pratiquer aussi bien sur les dents multiradiculaires que sur les dents uniradiculaires.

g) Sans se livrer à des délabrements excessifs, cette opération doit se faire à ciel ouvert et avec la meilleure hémostase possible afin de ne s'attaquer qu'aux régions malades et à toutes celles-ci, et de respecter les parties saines de la racine et de l'alvéole.

IX. — Cette opération pratiquée sur les diverses catégories de dents supérieures et inférieures m'a toujours donné d'excellents résultats. La présence de portions de racine dépourvues de ligament parfois sur une grande étendue, n'a jamais empêché la suppuration de disparaître immédiatement après l'opération, ni entravé la cicatrisation parfaite des cavités abcédées.

LA RÉFORME DES ÉTUDES ET DES EXAMENS DENTAIRES EN FRANCE

(Communication à la section d'Odontologie de l'Association française pour l'avancement des sciences, Congrès de Lille, 2 août 1909 et à la 11e section du Ve Congrès dentaire international, Berlin 29 août 1909.)

Par CH. GODON,

Directeur de l'Ecole dentaire de Paris.

Il a été promulgué le 11 janvier 1909 un nouveau décret, dont nous publions le texte à la suite de cette communication [1], qui réorganise sur des bases nouvelles les études et les examens dentaires en France. Ce décret crée à l'odontologie française une situation spéciale dont il est intéressant d'examiner les conséquences probables et les répercussions diverses. Déjà au lendemain de sa promulgation nous avons signalé quelques unes d'entre elles [1] : l'élévation du niveau des études préliminaires, l'augmentation de la durée des études, portées à cinq ans, la part importante faite dans le programme d'enseignement et dans les examens aux études techniques par la création du stage et la réforme du troisième examen, le maintien du diplôme de chirurgien-dentiste, etc.

La plupart des odontologistes français [2] ont, comme nous, apprécié et considéré cette réforme comme une victoire odontologiste.

Les stomatologistes [3], au contraire, ont gardé presque tous un silence significatif, considérant le nouveau régime comme un échec pour les idées qu'ils défendent. Pourtant ils ont obtenu d'un autre côté, dans un nouveau décret de la même date, consacré à la réforme des études médicales, une satisfaction de principe, par l'indication relative à la création d'une chaire de stomatologie pour les étudiants en médecine, qui paraît dénoter de la part des pouvoirs publics, le désir de tenir la balance à peu près égale entre les deux partis et en laissant subsister les causes de leurs rivalités, de mieux éveiller leur émulation pour le plus grand bénéfice de la collectivité; on ne peut pas demander davantage pour le moment. Mais c'est une satisfaction bien platonique, car on ne peut dire quand cette création sera réalisée, si elle l'est jamais, étant donné que des dépenses plus urgentes pour nos Universités s'imposeront probablement longtemps encore à l'attention des pouvoirs publics; on se demandera quels résultats pratiques une vingtaine de leçons de stomatologie pourront bien donner pour l'instruction dentaire des étudiants en médecine de cinquième année, au milieu des leçons analogues faites sur les autres spécialités, que le futur médecin doit connaître et qui lui paraîtront plus immédiatement nécessaires dans sa carrière médicale, que la stomatologie même complétée par la dentisterie d'urgence qu'il serait à peine possible de lui enseigner en un temps aussi restreint. Il n'en est pas moins vrai qu'en y ajoutant quelques leçons cliniques dans les services dentaires des hôpitaux, cet enseignement, si rudimentaire soit-il, pourrait servir à donner aux médecins quelques notions d'art dentaire dont nous avons déjà signalé d'autre part l'utilité en l'absence du dentiste [1].

---

[1] Voir L'*Odontologie*, Paris, janvier 1909.

[2] Partisans des études techniques complètes et prédominantes.

[3] Partisans des études médicales complètes et prédominantes.

On a reconnu que la stomatologie — c'est-à-dire, les maladies de la bouche — font bien partie intégrante de la médecine et doivent être enseignées en même temps qu'elle; personne n'a jamais prétendu le contraire. Mais la stomatologie n'est pas l'odontologie et les pouvoirs publics, qui reconnaissent la place spéciale, qui doit lui être faite dans l'enseignement et dans l'exercice, ont adopté une solution logique, rationnelle et conforme aux revendications des dentistes, aux intérêts généraux du public et au programme de la Fédératicn dentaire internationale en promulgant le décret du 11 janvier 1909 sur les études dentaires. — Que va-t-il résulter pour l'évolution de l'odontologie en France de ce nouveau programme officiel? C'est ce que nous allons examiner.

---

[1] Voir Notions d'art dentaire aux médecins, *Revue de Déontologie*, Paris 1906.

Il est évident d'abord que le décret du 11 janvier 1909 constitue un progrès incontestable sur la situation précédente. En remplaçant le dentiste formé en trois années d'études sous le régime du décret du 25 juillet 1893, par des praticiens qui seront formés en cinq années avec des examens annuels où la technique a une place prépondérante, il donne ainsi au diplôme de chirurgien-dentiste délivré par l'Etat français une valeur plus grande et une représentation plus réelle des connaissances techniques, que doit posséder à notre époque ce praticien pour exercer avec une compétence et une habilité suffisantes l'art dentaire moderne et qui répond mieux aux besoins du public.

Le stage préalable à l'entrée dans les écoles dentaires de deux années consacrées à la prothèse, au laboratoire et à l'étude des sciences appliquées avec examen de validation de stage et la réforme du troisième examen par l'adjonction d'épreuves de dentisterie opératoire et de prothèse, ont ainsi donné à la technique dentaire une place plus importante et plus en rapport avec celle qu'elle doit occuper actuellement dans le programme du dentiste.

Examinons maintenant les conséquences de ce décret au point de vue du recrutement professionnel, but principal de cette communication. Le programme d'enseignement du chirurgien-dentiste moderne comprend trois parties principales :

1° L'enseignement de la prothèse au laboratoire et des sciences appliquées (physique, chimie, mécanique et métallurgie) ;

2° L'enseignement de la chirurgie dentaire (clinique), de la dentisterie opératoire (travaux pratiques au dispensaire) et de la prothèse clinique (prothèse simple, couronnes et bridges, orthodontie, restaurations buccales et faciales) ;

3° L'enseignement de l'anesthésie avec les connaissances médicales suffisantes.

On doit se demander quels seront les candidats qui, d'après le nouveau régime institué par le décret du 11 janvier 1909, pourront se présenter pour devenir dentistes et dans quelles conditions il leur sera possible de remplir ce programme. Ces candidats, d'après le décret en question, peuvent être classés en quatre catégories :

A. — Les candidats postulant le diplôme de chirurgien-dentiste après cinq années d'études dentaires ;

B. — Les candidats postulant le diplôme de chirurgien-dentiste après trois années d'études médicales et deux années d'études dentaires ;

C. — Les candidats postulant le diplôme de docteur en médecine d'abord et ensuite se préparant à l'exercice complet de l'art dentaire par deux années de stage dentaire avec ou sans le diplôme de chirurgien-dentiste ;

D. — Les candidats postulant le diplôme de docteur en médecine d'abord pour exercer l'art médical et ensuite se préparant à l'exercice de l'art dentaire limité à la dentisterie d'urgence, par quelques leçons de stomatologie théorique et pratique, à la Faculté et dans les services dentaires des hôpitaux.

1er Candidat A. — Muni du certificat d'études primaires supérieures, du brevet supérieur de l'enseignement primaire ou du diplôme de fin d'études de l'enseignement secondaire des jeunes filles, il est admis à 16 ans pour l'inscription au stage de prothèse et de sciences appliquées (physique, chimie mécanique et métallurgie) (P. C. M. dentaire). Ce stage dure deux ans. Après son examen de validation de stage, il commence à 18 ans ses trois années de scolarité à l'Ecole dentaire, qu'il termine à 21 ans, âge auquel il peut subir le troisième examen et obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste. Puis il fait ses deux années de service militaire pendant lesquelles, il peut au bout de quelques mois être employé comme dentiste militaire. Il se trouve alors à 23 ans en état d'exercer l'art dentaire complet soit comme assistant d'un chirurgien-dentiste, soit à son propre compte, ayant entièrement satisfait à toutes les obligations du nouveau programme d'enseignement et apte à répondre à tous les besoins de la clientèle.

2° *Candidat B.* — Ayant obtenu le diplôme de bachelier, âgé de 18 ans, il suit l'année préparatoire au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles dite P. C. N. en vue des études de médecine, qu'il commence à 19 ans et poursuit pendant trois années. — Puis lorsqu'il a obtenu les douze premières inscriptions en médecine à 22 ans, désirant entreprendre des études odontologiques en vue d'obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste, il bifurque pour accomplir le stage dentaire de deux ans dans une école dentaire, au bout duquel, à 24 ans, il peut obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste, et, les deux ans de service militaire accomplies, en qualité de dentiste militaire comme le candidat A, il est en état d'exercer la profession de dentiste à 26 ans.

3° *Candidat C.* — Comme le candidat B, muni du diplôme de bachelier, il commence ses études à 18 ans, par le P. C. N., prend sa première inscription en médecine à 19 ans, poursuit ses études médicales jusqu'au doctorat, c'est-à-dire, d'après le décret du 11 janvier 1909, pendant cinq années, ce qui, avec une année pour les examens de cliniques et la thèse et deux années de service militaire, le conduit à 27 ans au minimum. A cette époque, désirant apprendre sérieusement la dentisterie, il se décide à faire les deux années de stage spécial dans une Ecole dentaire en vue d'exercer le plus complètement possible la profession de dentiste, et à subir, à 29 ans les examens pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste.

Si l'on compare les trois candidats A, B, C, il résulte de cette étude que ces trois candidats pourront exercer la profession de dentiste : le candidat A à 23 ans, le candidat B à 26 ans, le candidat C à 29 ans. Le candidat A, déjà supérieur par son étude spéciale, pendant le stage de deux ans, de la prothèse au laboratoire et des sciences physiques, à son prédécesseur le dentiste formé en trois ans, comme celui-ci l'était lui-même au point de vue médical au dentiste d'avant 1892; le candidat A aura sur les deux autres B et C une supériorité évidente au point de vue de ses connaissances techniques puisque, à 29 ans, il aura déjà treize ans d'études et de pratique de la dentisterie complète (prothèse au laboratoire, chirurgie dentaire, dentisterie opératoire, prothèse clinique, anesthésie), alors que le candidat B n'en aura que sept et le candidat C que deux; mais ces deux derniers auront sur A une certaine supériorité au point de vue des connaissances médicales et du titre de docteur en médecine, si le candidat B, comme cela lui était facile, a repris, à 26 ans, ses études en médecine et les a poursuivies jusqu'au doctorat qu'il aurait pu terminer lui aussi à 29 ans. — Il est vrai que le candidat A pourrait, lui aussi, s'il dispose de ressources suffisantes, poursuivre l'obtention d'un doctorat, soit en combinant les études que celui-ci exige avec les études dentaires et obtenir à 29 ans le doctorat en médecine ou en science, comme certains chirurgiens-dentistes le font déjà, soit en allant en Amérique où, au bout d'une année, il obtiendra le doctorat en chirurgie dentaire (D. D. S.) d'une des Universités américaines, de Philadelphie, de Chicago ou de Montréal, par exemple, comme beaucoup de jeunes gens le font également; ce qui, de plus, leur offre l'avantage d'être considéré comme une année de perfectionnement technique à l'étranger. Afin d'éviter cet exode il serait souhaitable de voir enfin instituer par nos Universités le titre de docteur en science dentaire ou en odontologie, qui n'existe pas encore en France, ou celui de docteur en chirurgie dentaire qui devrait remplacer le titre de chirurgien-dentiste comme cela existe dans nombre de pays, les Etats-Unis, notamment; le vœu en a été émis au 5^e Congrès dentaire international de Berlin, cette année.

Candidat D. — Nous n'avons pas parlé du quatrième candidat[1], le docteur en médecine qui, au cours de ses études médicales, a, pendant la cinquième année, suivi les vingt leçons de stomatologie de la Faculté et fait de temps en temps quelques courtes apparitions aux services dentaires hospitaliers quand, au milieu de l'étude des diverses spécialités et de la préparation de ses examens, il lui restait des instants de disponibles. Il y a vu pratiquer des extractions et des pansements calmants, peut-être a-t-il pu lui-même en pratiquer quelques rares fois. — Le maximum de ses aspirations ne peut être que de se trouver en état à l'occasion de faire quelque opération simple de dentisterie d'urgence en l'absence du praticien, mais il ne peut espérer pratiquer utilement l'art dentaire sous peine d'exposer le public et lui-même à bien des déceptions.

---

[1] Il est évident que la combinaison des études médicales et des études dentaires peut affecter des modalités multiples. Nous nous sommes borné à indiquer ici les quatre catégories principales résultant du nouveau décret.

Examinons maintenant l'utilisation de ces divers praticiens eu égard aux besoins de l'Etat et du public. Dans les 36.000 communes de France, les mêmes soins dentaires sont nécessaires pour les enfants des écoles primaires aussi bien que pour les enfants des écoles primaires supérieures. D'après la récente circulaire du Ministre de l'Instruction publique [1] ces soins comportent des inspections semestrielles par un chirurgien-dentiste inspecteur et des traitements de dentisterie complète par un chirurgien-dentiste traitant, sans parler des adultes pour lesquels les mêmes soins d'hygiène dentaire publique s'imposent, dans les dispensaires des divers établissements d'assistance publique s'ils ont des ressources insuffisantes ou dans les cabinets privés, dans le cas contraire. Il y a également à l'armée plus de 200 régiments qui, d'après la récente circulaire du Ministre de la Guerre, réclament les mêmes inspections dentaires semestrielles, les mêmes traitements dentaires complets, pour lesquels annuellement plus de deux cents jeunes chirurgiens-dentistes sont nécessaires afin d'assurer ces services, sans compter les services des colonies et de la marine.

Or, de l'étude que nous avons faite, il résulte que le chirurgien-dentiste de cinq ans, le candidat A, pourra remplir la fonction sociale que l'Etat et le public attendent de lui dans tous les cas indiqués ci-dessus — partout où il lui sera possible de vivre de sa profession, à l'armée dès sa présence sous les drapeaux à 21 ans, dans la commune, pour les services dentaires des écoles et de l'assistance publique dès l'âge de 23 ans. — Il pourra en être de même, quoiqu'il soit moins bien préparé techniquement, du candidat B. Ce n'est que dans le cas où le nombre des habitants d'une région sera insuffisant pour faire vivre un dentiste que le médecin, le candidat D, pourra utilement suppléer à l'absence du véritable praticien en pratiquant provisoirement de la dentisterie d'urgence. Quant au candidat C, il ne peut trouver son utilisation dans les services publics et privés avec une compétence technique égale et suffisante que plus tard, à 29 ans, et seulement si, possédant des aptitudes spéciales, il a rattrapé par des exercices et une pratique très suivis l'insuffisance de durée de ses premières études techniques et *subi les examens techniques pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste.*

---

[1] Voir circulaire du Ministre de l'Instruction publique 1908 et du Ministre de la Guerre du 4 novembre 1907 in *L'Odontologie*.

Il nous reste à examiner les nouveaux programmes à un autre point de vue, celui de l'évolution de l'odontologie. Il est intéressant de remarquer d'abord :

1° que les quatre catégories de candidats A, B, C, D représentent les différents systèmes d'enseignement préconisés pour former les chirurgiens-dentistes et appliqués dans les divers pays ,

A. — France, Angleterre, Allemagne, Etats-Unis, Canada, etc. .... 1° Solution odontologique:
(Études techniques complètes, études médicales suffisantes.)
B. — Belgique, Suisse, Espagne...... 2° Solution mixte.
(Études techniques incomplètes, études médicales incomplètes.)
C. — Autriche, Italie............... Solution stomatologique.
(Études médicales complètes, études techniques incomplètes.)

2° Que les principaux pays de l'Europe, la France, l'Allemagne et l'Angleterre, ont actuellement à peu près le même programme d'études et, sauf le stage, sont en accord avec les Etats-Unis, le Canada, le Brésil et la plupart des états de l'Amérique du Sud par la place prépondérante à faire à la technique dans le programme d'enseignement du chirurgien-dentiste ;

3° Parmi les 5.000 dentistes environ qui exercent en France actuellement on compte un peu plus de 4.500 dentistes exerçant en vertu du diplôme spécial ou de la patente d'avant 1892, et un peu moins de 500 docteurs en médecine avec ou sans diplôme spécial.

Dans quelles proportions les quatre catégories de praticiens que nous venons d'indiquer et qui vont résulter de l'application du décret du 11 janvier 1909 se trouveront-elles réparties au bout de quelques années ? L'avenir seul nous le dira ; pourtant, il ne semble pas que la proportion en sera sensiblement modifiée, la première A comprenant les 9/10 de la profession et les trois autres 1/10. Mais il semble bien qu'il faut perdre l'espoir de voir l'une quelconque de ces catégories disparaître au bénéfice de l'autre.

Chacune de ces catégories résulte de circonstances particulières et répond à des besoins différents, mais en somme toutes concourent par leur rivalité même et leur émulation au progrès de la science odontologique et au bien public.

Enfin nous devons nous réjouir en constatant que cette réforme des études et des examens dentaires en France s'est faite comme en Angleterre et en Allemagne cette année conformément au programme élaboré par la Commission d'enseignement de la F. D. I. dans ses diverses sessions depuis 1900 et particulièrement au programme idéal de la session de Bruxelles en 1908. La F. D. I. a exercé sur les réformes par les F. D. N. ou comités nationaux une influence indéniable. C'est bon à signaler et nous devons lui en être tout particulièrement reconnaissants.

Je joins à cette communication un exemplaire du décret du 11 janvier 1909 que je dépose sur le bureau de la section.

BUREAU DU V^e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL (Berlin 1909).

De gauche à droite : (debout) M. Cohn ; M. Hielscher ; M. Guttmann ; M. Aguilar ; M. Schäffer-Stückert ; M. Hahl ; (assis) M. Dieck ; M. Godon ; M. Walkhoff ; M. Richter.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

V^e^ CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Berlin 23-28 août 1909.

COMPTE RENDU

(Suite[1].)

Par GEORGES VILLAIN, D. D. S.
Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

III. — Les assemblées générales

Première assemblée générale, mardi 23 août à 2 heures.

La séance de clôture et l'inauguration de l'exposition terminées, chacun se dirige vers le Rheingold devenu le restaurant du Congrès, les tables sont prises d'assaut, en hâte chacun lunche légèrement et le flot des congressistes remonte rapidement les gradins du palais du Reichstag où doit se tenir la première assemblée générale.

L'heure des phrases est passée, les compliments font place à l'œuvre utile, les travailleurs se retrouvent et la grande salle est comble comme au matin à la séance d'ouverture. Quelqu'un a dit que les Congrès n'étaient que prétextes à agapes ; il n'avait certes jamais vu de Congrès odontologiques ! Ici les fêtes sont cordiales, empreintes même de la plus franche gaieté, mais elles succèdent aux longues séances de travail, qui, le soir venu, font l'objet de conversations animées dans ces groupes amicaux qui se forment autour de la table.

A 2 heures le président du Congrès, M. WALKHOFF ouvre la première réunion générale scientifique. Cette séance est réservée à la lecture des rapports nationaux. Les quatre nations odontologiques principales avaient été priées de désigner chacune un rapporteur qui devait traiter un sujet à son choix dans cette séance. Les quatre conférenciers étaient : M. H. Mummery, de Londres, pour l'Angleterre ; M. Choquet, de Paris, pour la France ; M. Dieck, de Berlin, pour l'Allemagne et M. Cryer, de Philadelphie, pour l'Amérique.

LE PRÉSIDENT, après avoir déclaré la séance ouverte, cède la présidence à M. Godon, qui introduit le premier conférencier M. MUMMERY, de Londres, pour la lecture de son rapport sur : « La valeur scientifique de feu le professeur Miller par la chirurgie dentaire ».

---

[1] V. *L'Odontologie* des 15, 30 septembre et 15 octobre 1909.

« Je ne veux pas, dit le conférencier, vous retracer tous les travaux de Miller, que vous connaissez ; sa vie, son exemple, nous en avons tous gardé le souvenir vivant.

» Les recherches de Miller reposaient sur des bases scientifiques, ses méthodes d'expérimentation étaient précises et menées avec minutie.

» Il porta son intérêt tout particulièrement sur l'étude de la pathologie de la carie et sa prophylaxie.

» Les premiers travaux de Miller furent consacrés à la recherche des causes de la carie, son nom restera toujours attaché à cette question. »

M. Mummery retrace les diverses phases du travail de Miller, les expériences successives qui lui permirent de démontrer le ramollissement des tissus par l'action chimique des fermentations et leur envahissement par des microorganismes. Comme tous les travaux qui révolutionnent des théories admises, ceux de Miller furent soumis à une vive critique.

Les recherches du maître sur la prédisposition et l'immunité sont d'un grand intérêt pour le traitement préventif de la carie. M. Mummery souhaite que les travaux entrepris par Miller pour l'immunité à la carie soient poursuivis par ses successeurs.

Puis le conférencier retrace les dernières recherches importantes qui occupèrent l'activité inlassable de M. Miller et qui eurent pour thème les causes de l'érosion.

M. Mummery termine sa conférence, aux applaudissements prolongés de toute l'assemblée, par ces phrases :

« Les causes de la carie et les recherches de l'immunité forment les travaux les plus proéminents de l'œuvre de Miller, malgré les remarquables progrès auxquels nous assistons depuis 50 ans, il nous reste encore ce vaste champ d'expérience ouvert par Miller : la guérison par la prévention.

» Pour aboutir à ce résultat, il faut consacrer à la science toute notre énergie.

» Le plus beau monument que l'on pourrait ériger à Miller serait la continuation de ses travaux par des successeurs dignes de lui.

» Pour ses travaux scientifiques comme pour son grand caractère, il ne mérite pas seulement notre admiration, mais aussi notre dévouement. »

M. Godon, président, remercie M. Mummery de son admirable exposé.

« Je suis heureux de voir la première communication de ce Congrès, consacrée à l'œuvre scientifique de Miller. Personne n'était, mieux que M. Mummery, qualifié pour faire l'historique de l'œuvre de Miller, dont Mummery était un ami intime et nous le remerçions de la façon dont il a retracé le rôle scientifique de notre défunt président. »

L'assemblée souligne ces paroles par des applaudissements nourris. Certes, tous nous étions unanimes à remercier M. Mummery d'avoir voulu associer le grand nom de Miller à la première séance scientifique du Congrès, et tous, nous avions été profondément touchés des paroles émues qu'avait su trouver l'ami du respecté maître pour nous faire revivre en un moment trop court hélas ! les heures de bonheur de la vie de Miller, celles qu'il passa dans son laboratoire. Et nous évoquions la pièce exiguë où les Administrations officielles semblaient avoir disputé au savant la place, la lumière, les commodités les plus élémentaires pour l'entreprise scientifique de celui que la profession entière pleurera longtemps, et dont elle a voulu perpétuer le nom et l'exemple par la création du prix Miller.

M. Godon annonce la prochaine communication :

« Quel processus physiologique se produit à la résorption des racines des dents de lait, » par M. Choquet de Paris, et il cède la présidence au président de la British Dental Association, M. Brooks.

M. Brooks en prenant place au fauteuil présidentiel prononce ces paroles :

« Je suis heureux d'être appelé à cette place au moment de donner la parole à M. Choquet.

» Je n'ai pas à vous présenter l'homme laborieux, le travailleur scientifique qu'est M. Choquet, vous connaissez tous ses travaux et l'étendue de ses recherches et je vous sais impatients de l'entendre vous exposer les résultats de quelques-unes de ses recherches ».

M. Choquet nous fait une conférence très documentée sur le sujet qu'il a choisi, et que nos lecteurs ont pu lire dans nos précédents numéros. Dût sa modestie en souffrir, je dois déclarer que ce sujet fut traité magistralement.

La Fédération dentaire nationale peut se réjouir du choix très heureux qu'elle fit le jour où elle désigna notre sympathique et éminent confrère pour représenter la science odontologique française à Berlin.

Choquet est un odontologiste dans toute l'acception du mot, c'est de plus un savant qui par un labeur incessant, une volonté tenace a su se placer au rang des hommes qui s'imposent par leur valeur.

C'est avec émotion que nous vîmes l'un de nos champions gravir le pupître où il allait soutenir le génie, la science, le labeur français devant cette assemblée cosmopolite où très attentivement on écoutait chaque orateur afin de pouvoir, la séance terminée, comparer entre eux les rapports nationaux et émettre une opinion.

Dois-je dire que Choquet dépassa toutes nos espérances en attirant, tous les éloges sur son travail ? Dans ces réunions internationales le succès d'un homme devient la gloire, l'honneur de tous ces nationaux sur qui rejaillissent grandement les applaudissements et, ce qui est plus appréciable, les sympathies.

Choquet n'avait eu qu'un temps relativement restreint pour préparer son mémoire, et ce fut le mieux documenté, le plus scientifique et le mieux présenté de tous. Notre confrère eut la coquetterie de nous faire passer devant les yeux des projections en couleurs de pièces remarquablement belles.

Il eut, tâche difficile, le don de nous faire écouter une bibliographie documentée qui dura vingt bonnes minutes ; or, cette bibliographie était particulièrement nécessaire en raison des travaux importants qui traitent de ce sujet en allemand et dans lesquels trop souvent on oublie de citer nos auteurs. Les Allemands travaillent énormément, ils écrivent plus encore, les odontologistes du moins, et il en résulte pour eux un labeur colossal, pour employer un terme bien berlinois, de recherches bibliographiques.

Il est donc excusable que, leurs recherches dans les ouvrages allemands terminées, la lassitude les prenne et que les auteurs étrangers restent un peu dans l'oubli. C'était le devoir d'un Français de montrer au monde dentaire réuni en si grand nombre que chez nous aussi on travaille et que les premières recherches sur la résorption des racines des dents de lait sont dues à l'un des nôtres, à Bunon, suivi par des travaux qui ont droit à l'admiration de tous, ceux de Bourdet, Malassez, Galippe, Redier et autres. Choquet s'est acquitté à merveille de cette tâche délicate, nous lui en sommes profondément reconnaissants.

Notre confrère ne borna pas là son travail; en érudit, il voulut apporter lui aussi sa contribution à ces recherches et lorsqu'il développa sa théorie appuyée sur de remarquables pièces, toute la salle applaudit longuement. Il est de ceux qui pourront garder de Berlin le plus touchant et précieux souvenir.

J'associe au nom de Choquet celui de Frey lorsque je rappelle l'hypothèse qu'il posa en conclusion de sa remarquable étude :

« Dans la résorption des dents de lait on peut faire entrer en ligne de compte deux facteurs :

» La pression mécanique de la dent permanente sous-jacente agit comme cause *occasionnelle*, laquelle amène un maximum d'action destructive qui agit sur la racine de la dent temporaire comme cause *efficiente* par la présence de petites cellules rondes de granulation, et cette évolution destructive serait fonction de l'élan vital de Bergson ».

Si ces rapports avaient pu être discutés, l'attitude de l'assemblée m'autorise à dire que certainement nos compatriotes eussent remportés une glorieuse et très aisée victoire.

M. Brooks remercie M. Choquet de son travail scientifique et l'assure de la reconnaissance du Congrès.

Il cède ensuite la présidence au Dr Scheff, de Vienne, qui présente M. Dieck, de Berlin, pour le développement de son rapport : « La photographie de Röntgen dans la chirurgie dentaire. »

Nous assistons à une conférence très intéressante suivie de projections. M. Dieck insiste sur l'importance de la photographie Röntgen, sur les services énormes qu'elle rend à la médecine pratique où elle est un moyen appréciable de faire préciser un diagnostic et d'aider à employer la thérapeutique appropriée. La photographie Röutgen est très utile pour la chirurgie dentaire, on s'en sert rarement à cause de l'instrumentation spéciale et complète qui est nécessaire, des connaissances spéciales et complètes et de l'habitude de la chirurgie que le dentiste devrait posséder.

La silhouette qui se forme n'est pas claire. On a affaire à trois tissus : mou, osseux et dentaire ; on obtient une image avec les contours grossiers, pour les contours fins il faut des instruments spécialement fins.

L'auteur nous présente plusieurs photographies très bien réussies qui nous montrent la rétention des dents, l'état des racines dans les dents temporaires ; dans l'une on voyait une résorption complète des racines sans que la dent permanente eût évoluée, dans une autre on voyait une rétention de la dent temporaire sans résorption des racines. Dans une autre on remarquait le déplacement des prémolaires qui n'ont pas encore fait éruption se dirigeant vers la première grosse molaire qui a été extraite. Dans une autre enfin une racine enfoncée dans le sinus, des suppurations produites par la rétention des dents ou des racines qui n'ont pas été extraites, des nodules dentinaires qui se trouvaient dans la pulpe, des sondes cassées dans les canaux, des canaux obstrués à moitié à cause de la courbure de la racine. Certaines montraient une suppuration osseuse, une ostéite avec séquestre encore immobile ; des photographies représentant par une tache claire la présence d'un kyste. Cette image doit être faite avec beaucoup de précision, la photographie rend des services quand on examine des molaires branlantes qu'on veut utiliser pour des bridges, afin de voir si les racines sont assez retenues dans l'alvéole.

L'auteur a fait passer les rayons par les différentes substances que nous utilisons en dentisterie : les amalgames, l'or, la gutta, donnent une tache foncée, le ciment moins foncée et les céments silicatés la même tache aussi claire que la dent même.

L'auteur dit que les services que rend la photographie sont inépuisables il faut se familiariser avec elle pour reconnaître son utilité pour nous.

M. Scheff adresse des remercîments à M. Dieck pour sa très intéressante conférence. *(A suivre.)*

HYGIÈNE

COMITÉ INTERNATIONAL PERMANENT D'HYGIÈNE BUCCALE (I. H. C. — F. D. I.).

Le 5e Congrès dentaire international de Berlin a nommé dans sa 10e section, le 25 août 1909, un *Comité international permanent d'hygiène buccale* (I. H. C.) avec vingt Comités nationaux.

Les membres de ce Comité ont été reconnus par la F. D. I. dans sa séance du 26 août comme constituant la *Commission internationale d'hygiène et des services dentaires publics* agrandie.

Cette Commission est ainsi composée :

Président d'honneur : Geo Cunningham, Cambridge, Angleterre.
Président : Jessen, Strasbourg, Alsace.
Secrétaire : Albin Lenhardtson, Stockholm, Suède.

COMITÉS NATIONAUX :

1. Amérique : William H. Potter, Boston ; Herbert L. Wheeler, New York ; William Carr, New York.
2. Allemagne : Jessen, Strasbourg, Alsace ; Erich Schmidt, Berlin ; Port, Heidelberg ; Röse, Dresde ; Walkhoff, Münich ; Max Marcuse, Berlin.
3. Angleterre : Geo Cunningham, Cambridge ; W. B. Paterson, Londres ; Wm. Guy, Edinbourg, Ecosse.
4. France : Ch. Godon, Paris ; Roy Maurice, Paris ; Francis Jean, Paris ; Siffre, Paris ; Fabret, Paris ; G. et H. Villain, Paris.
5. Belgique : Ed. Rosenthal, Bruxelles ; Quarterman, Bruxelles ; Quintin, Bruxelles.
6. Hollande : Witthaus, Rotterdam ; Starck, Rotterdam ; Klinghamer, La Haye.
7. Autriche : Scheff, Vienne ; Weiser, Vienne ; Karolyi, Vienne ; Boennecken, Prag.
8. Hongrie : Szabó, Budapest ; Rozgonyi, Budapest ; Rudas, Budapest.
9. Italie : Guerini, Naples ; Chiavaro, Rome.
10. Russie : Rakowsky, Charkow ; Redalieu, Odessa ; Klingelhöfer, St-Pétersbourg.
11. Finlande : Axel Aspelund, Helsingfors ; Enckell, Helsingfors ; Weber, Helsingfors.
12. Suède : Albin Lenhardtson, Stockholm ; Victor Bensow, Göthenbourg ; Hjalmar Carlson, Göthembourg.
13. Norvège : O. Smith-Housken, Christiania ; Jonn Nilsen, Christiania ; Lauritz Haug, Frederikshald ; J. Brun, Christiana.
14. Danemark : M. Kjaer, Svendborg ; Viggo Wigh, Copenhague ; Carl Christensen, Copenhague.

15. Suisse : Steiger, Lucerne; Theo Dill, Bâle ; Senn, Zurich ; Guillermin, Genève.
16. Espagne : Florestan Aguilar, Madrid ; Luis Subirana, Madrid.
17. Portugal : Hill, Lisbonne.
18. Luxembourg : Decker, Wirion, Luxembourg.
19. Cuba : V. de Zayas-Bazan, La Havane.
20. Mexique : Rojo, Mexico.

A ces comités nationaux nouvellement nommés s'ajoutent les membres de la *Commission internationale d'hygiène et des services dentaires publics* existant déjà, sur la collaboration desquels nous comptons absolument, s'ils se trouvent dans les comités nationaux, en raison de l'extension de notre tâche.

Cette Commission, de son côté, est ainsi composée :

MEMBRES RÉGULIERS

Aguilar (Fl.), Madrid, Espagne; Béal, Lille, France ; Brown (G. V. L.), Milwaukee, Wis., (Etats-Unis) ; Bryan (Lyman, C.), Bâle, Suisse ; Cunningham (Geo.), Cambridge, Angleterre ; Förberg (Elof), Stockholm, Suède ; Frick (Th.), Zürich, Suisse ; Godon (Ch.), Paris ; Gordon White, Nashville, Tenn., (Etats-Unis) ; Grevers (Jno.), Amsterdam, Hollande ; Héïdé (Rey.), Paris ; Jenkins (N. S.), Paris ; Kritschewsky, Paris ; Otaola (Juan de), Bilbao, (Espagne) ; Röse (C.), Dresde, Allemagne ; Sauvez (E.), Paris ; Schaeffer-Stuckert (F.), Francfort-sur-le-Main ; Smith-Housken (O.), Christiania, Norvége ; G. et H. Villain, Paris ; Witthaus (Carl H.), Rotterdam.

MEMBRES ASSOCIÉS

Anema (Rene), Batavia, Java ; Aspelund (Axel), Helsingsfors, Finlande, Russie ; Bain (A. R.), Melbourne, Australie ; Bensow (Victor), Gothenbourg, Suéde; Boedecker (C. F. W.), Berlin ; Bogue (Ed.), Paris ; Brun (J.), Christiania, Norvège ; Chase, Saint-Louis, Mo., Etats-Unis ; Conrad (Wm.), Saint-Louis, Mo. ; Davenport (I.), Paris ; Foerster (Ferd.), Berlin ; Gilmour, Liverpool, Angleterre ; Guerini (Vincenzo), Naples, Italie ; Hayes, Paris, ; Macfarlane (S. S.), Francfort-sur-le-Main, Allemagne ; Marronneaud, Bordeaux, France ; Milke (Julius), Dresde, Allemagne ; Mitchell (W.), Londres, Angleterre ; Nux, Toulouse, France ; Paterson (W. B.), Londres, W., Angleterre ; Queudot, Paris ; Ronnet, Paris ; Roussel (G.), Paris ; Rubbrecht (Alph.), Bruges, Belgique ; Skoogsborg, Stockholm, Suède ; Strang (Clinton W.), Bridgeport, Conn, (Etats-Unis) ; Thorpe (Burton Lee), Saint-Louis, Mo., (Etats-Unis) ; Vedrenne, Biarritz, France ; Viau (Geo.), Paris ; Wachsmann, 4 Ferdinandstrasse, Prague, Autriche ; Weiser (R.), Vienne, Autriche ; Whittaker (G. O.), Manchester, Angleterre ; Windhorst (M. R.), Saint-Louis Mo., (Etats-Unis) ; Younger (W. J.), Paris ; Zizka (Joseph), Prague, Autriche.

La commission d'hygiène de la F. D. I. a voté à Bruxelles en 1908 les résolutions suivantes pour les soumettre au 5^e Congrès dentaire à Berlin.

1° La F. D. I. invite le Congrès de Berlin à proclamer la valeur et l'importance du soin des dents des enfants et d'appuyer les efforts faits en Allemagne et dans les autres pays par divers dentistes et diverses municipalités, et à recommander ces organisations à l'adoption des autres pays du monde.

2° La F. D. I. demande que le Congrès proclame l'importance du soin des dents des soldats et des marins et l'importance qu'il y a à ce que ces soins soient exclusivement donnés par des personnes possédant un diplôme dentaire.

Ces résolutions ont été adoptées par la 10e section. Les communications et les travaux de cette section ont permis à tous les membres du Congrès d'être mis au courant des tentatives, des progrès et des résultats en matière de soins dentaires en Allemagne. Mais pour les mettre en valeur dans tous les pays, il fallait fonder le Comité international.

Lettre ouverte du président du Comité international d'hygiène buccale de la F. D. I. aux Comités nationaux de tous les pays.

Les Comités nationaux proposés par la 10e section du Congrès de Berlin, acceptés par celui-ci et confirmés par la F. D. I., constituent avec les membres de la Commission d'hygiène de la F. D. I. existant depuis la création de celle-ci à Paris en 1900 la Commission internationale d'hygiène étendue (I. H. C.-F. D. I.). Cette commission étendue d'hygiène de la F. D. I. a pour rôle, d'après la décision du Congrès, de se mettre en rapports dans les divers pays, pour faire aboutir nos efforts, avec les gouvernements de ces pays et les sociétés existantes comprenant des fonctionnaires, des professeurs et des médecins.

Le premier devoir du Comité national sera de fonder dans les divers pays des sociétés dont la composition, la tâche et le but seront analogues à ceux du Comité central allemand.

Avant tout ces sociétés ont besoin de l'appui des Gouvernements. Des fonctionnaires élevés des Ministères doivent se mettre à la tête de ces sociétés, s'unir aux autorités de l'Etat, des villes et aux autorités scolaires, aux fonctionnaires, professeurs, médecins, dentistes et à des gens de toute condition disposés à seconder leurs efforts ou à mettre des fonds à leur disposition, car ce n'est qu'avec des ressources financières qu'on pourra agir efficacement. Il est plus aisé à une grande société qu'à un seul de se procurer ces ressources. A cet égard nous signalons la façon de procéder du Comité central allemand.

Dans son appel il s'adresse aux gens riches, aux bienfaiteurs de l'humanité dans chaque pays qui donnent volontiers une partie de leur fortune pour la bonne cause dès qu'ils la connaissent et ont appris à l'apprécier. Qu'on songe aux Etats-Unis où l'on donne des millions pour les Universités, les bibliothèques et des buts scientifiques.

Le but du Comité international d'hygiène buccale va de pair avec le bien de l'humanité. Les premières résolutions de la 10^e section, adoptées par le Congrès international, sont déjà acceptées par les gouvernements de presque tous les pays. Elles sont ainsi conçues :

1° La création de cliniques dentaires municipales est un bien pour l'hygiène populaire internationale de notre époque.

2° C'est un moyen essentiel pour enrayer et combattre les maladies infectieuses et en particulier la tuberculose.

La clinique dentaire municipale a ainsi un double but : elle doit servir, d'une part, à lutter contre la tuberculose, d'autre part à enseigner la propreté et à se protéger efficacement contre toute espèce d'infection. Le dentiste scolaire doit être un hygiéniste, un instructeur et un conseiller des parents et des enfants.

Les frais de création des cliniques dentaires scolaires sont modiques en comparaison de ceux qui sont occasionnés par d'autres créations tendant à combattre la tuberculose.

Le président soussigné demande donc qu'on procède le plus tôt possible à créer les comités nationaux dans les divers pays.

Leur installation devra être en rapport avec la situation respective et prendre modèle, si elle rencontre des difficultés, sur ce qui a été fait en Allemagne. Le Bureau central donnera volontiers des indications et des conseils quand ce sera nécessaire.

Une circulaire ultérieure donnera des renseignements plus détaillés à la suite des questions et rapports parvenus, sur l'organisation des comités nationaux et des comités locaux qui leur seront subordonnés, afin que toutes les décisions servent au profit de la collectivité.

L'hygiène buccale publique a une importance internationale. Elle constitue un trait d'union entre les nations et elle mérite que les Comités nationaux du I. H. C. emploient toutes leurs forces pour que le but commun soit atteint par un travail commun.

E. Jessen, président ; G. Cunningham, président d'honneur ; A. Lenhardtson, secrétaire ; Schäffer-Stückert, secrétaire général de la F. D. I.

RÉSUMÉ.

Le rôle du Comité national doit être :

1° De traduire cette lettre dans la langue de son pays, de la publier dans les journaux, revues, etc., et de tenir l'intérêt public en éveil par des communications sur nos efforts adressées aux journaux ;

2° De fonder dans chaque pays un comité central d'hygiène dentaire scolaire et dans les villes des comités locaux rattachés à ce comité central ;

3° De créer dans chaque ville et chaque arrondissement des cliniques dentaires scolaires ou de contribuer à leur création ;

4° De fournir aux écoles des moyens d'enseignement servant à éclairer la jeunesse sur l'hygiène dentaire, car l'instruction des enfants des écoles conduit tout naturellement à l'éducation du peuple, à l'entretien de la santé populaire, comme il n'est pas possible de le faire par aucun autre moyen aussi simple.

L'hygiène dentaire scolaire est un moyen essentiel de combattre la tuberculose, et l'enseignement dans cet ordre d'idées à l'école est le meilleur facteur de la création de dentistes scolaires et de cliniques dentaires scolaires ;

5° De fournir aux enfants pauvres des brosses à dents qui, fabriquées en grandes quantités, coûteront bon marché et seront bonnes ;

6° De renseigner le président sur leur action à des intervalles réguliers ;

7° De fournir un rapport annuel lors des sessions de la F. D. I. ;

8° D'agir pour qu'un dentiste soit nommé au Ministère comme rapporteur de toutes les questions dentaires. Cela est absolument nécessaire pour la santé populaire avec l'importance de la dentisterie moderne.

Les Comités nationaux sont priés de se réunir après réception de cette lettre et de commencer à agir.

Les membres du I. H. C. — F. D. I. sont invités à se rappeler le 3° Congrès d'hygiène scolaire qui se tiendra à Paris du 2 au 7 août 1910. Il est à désirer que beaucoup de dentistes de tous pays y prennent part ; et à cet effet il est proposé que la prochaine session de la F. D. I. se tienne à Paris en même temps.

Prière d'adresser les adhésions au 3e Congrès d'hygiène scolaire, en y joignant une carte de visite, au Dr Dufestel, Secrétaire général, 10, boulevard Magenta, Paris.

En même temps que l'adhésion envoyer le montant de la cotisation (25 fr.) au Dr de Pradel, trésorier, 120, avenue Emile Zola, Paris.

Tous les avis et publications relatifs à ce Congrès seront envoyés au fur et à mesure de leur publication aux congressistes. Ceux-ci sont priés d'adresser le texte de leurs communications avant le 1er janvier 1910 au Secrétaire général.

Ainsi tous les efforts communs serviront au bien général.

LIVRES ET REVUES

Pathologie des dents et de la bouche.

(3^e édition)

Par L. Frey et G. Lemerle.

Nos confrères L. Frey et G. Lemerle viennent de publier chez J.-B. Baillière et fils une nouvelle édition — la 3^e — de la *Pathologie des dents et de la bouche,* qui fait partie du Manuel du chirurgien-dentiste publié sous la direction de M. Ch. Godon.

Le fait même qu'une 3^e édition de cet ouvrage a été nécessaire prouve surabondamment le bon accueil qu'ont rencontré les premières parmi les étudiants en chirurgie dentaire et les dentistes désireux de se tenir au courant des progrès réalisés en odontologie, et il n'est que légitime de souhaiter à cette édition le même succès qu'à ses devancières.

Ce volume de 300 pages, illustré de 54 figures, dont une vingtaine de nouvelles, est divisé en deux parties comprenant, la 1re, 8 chapitres, la 2^e, 23. Sa lecture nous montre que dans la carie dentaire, objet du chapitre 1er, les auteurs ont, en ce qui concerne l'*étiologie,* conservé le plan primitif de la 1re édition, cette subdivision en 3 groupes de causes permettant très facilement de tenir la question au courant des derniers travaux parus.

A la *carie du* 1er *degré*, ils ont ajouté des considérations étiologiques sur la carie de l'émail, d'après les derniers travaux de Black.

Pour la *carie du* 2^e *degré*, ils ont complètement refondu l'étude des dentinites d'après les travaux de Cavalié.

La question de la *carie du* 3^e *degré* a été mise au courant de la description des lymphatiques pulpaires par Schweitzer ; des recherches cliniques de Schrœder et Walkhoff d'une part, de Cavalié d'autre part, pour préciser les indications de la pulpectonie.

Enfin la *carie du* 4^e a été également mise au courant des derniers travaux sur les infections anaérobiques.

Le chapitre 2, consacré aux *kystes radiculaires*, a été revu complètement avec les travaux de Redier (de Lille) sur les granulomes ; il est beaucoup plus développé au point de vue clinique qu'il ne l'était précédemment.

Le chapitre III, *Suppurations du sinus maxillaire,* a été entièrement refait, ainsi qu'en ont pu s'assurer nos lecteurs, puisqu'il y a été publié *in extenso.*

Les auteurs ont introduit un chapitre tout nouveau sur la *mortification pulpaire sans carie dentaire*, qui est précédé de considérations générales sur les gangrènes.

Ils ont, comme toujours, apporté une attention particulière aux *affections d'origine arthritique* (objet du chap. 6). après avoir essayé de donner une idée assez précise de l'arthritisme en général. L'étude de l'érosion dite chimique, a été poussée fort loin.

Il convient, à ce propos, de signaler le schéma pour indiquer la variabilité du pronostic de la pyorrhée.

Dans les *anomalies de structure* ils insistent sur les beaux travaux de Capdepont et le tableau de Pierre qu'il a simplifié.

Dans le diagnostic des anomalies de direction, nous signalerons la *classification d'Angle.*

Plus loin, *dans les anomalies des maxillaires*, MM. Frey et Lemerle font connaître, avec les figures qu'elle comporte, la dernière classification de Case.

Enfin ils exposent la classification de de Névrezé, qui essaie de concilier les deux classifications d'Angle et de Case.

Chap. 8. Il est évident que ce chapitre des anomalies n'est encore qu'un chapitre d'attente et qu'il subira de profondes modifications à mesure que s'éclairciront l'étiologie et la pathogénie.

La syphilis buccale (chap. 2, 2^e partie), avec *le spirochète pallida, la stomatite mercurielle* ont été remises au point et les auteurs font connaître la *sporotrichose.* Ils ont complètement refondu les chapitres traitant du *bec de lièvre* (chap. 5), du *cancer de la langue,* des *calculs salivaires,* des *grenouillettes,* des *fractures des maxillaires* et des *accidents nerveux d'origine dentaire.*

Enfin, *la bibliographie* a été considérablement augmentée et précisée avec la plus grande rigueur.

Il y a lieu de féliciter MM. L. Frey et G. Lemerle d'avoir mis au jour cette production qui témoigne d'un travail sérieux et consciencieux, et il convient de leur savoir gré d'avoir enrichi les publications dentaires d'un ouvrage qui prendra place parmi les meilleurs.

Exprimons seulement le regret que l'éditeur n'ait pas donné à cette œuvre un cadre plus digne d'elle ; l'édition est peu soignée, le papier est de qualité médiocre et les figures ne sont pas assez mises en valeur, mais ces défauts matériels ne sauraient amoindrir la valeur du volume que nous venons d'analyser et pour lequel nous adressons encore nos félicitations aux auteurs.

H. DREYFUS.

NOUVELLES

Ecole dentaire de Paris.

Par décision du 28 septembre 1909 du Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris, ont été nommés : MM. Dumont, démonstrateur de dentisterie opératoire et préparateur du cours d'anatomie dentaire ; Zimmermann, démonstrateur de bridges ; Girardin et Galland, démonstrateurs stagiaires ; Jolivet, démonstrateur stagiaire et préparateur du service de radiographie.

Distinctions honorifiques.

Nous avons le plaisir d'apprendre les distinctions honorifiques suivantes conférées à des membres de l'A. G. D. F. :

Officier de l'Instruction publique : M. Rigolet, d'Auxerre.

Officiers d'Académie : MM. Richer, de Vernon ; Vichot, d'Angers.

Nous adressons nos félicitations à nos confrères.

Mariage.

Le mariage de M^{lle} Blanche Viau, fille cadette de notre confrère M. Georges Viau, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, avec M. Paul Tacail, démonstrateur à la même école, a été célébré lundi 11 octobre, à 3 heures, à la mairie du 8^{e} arrondissement de Paris.

Une assistance nombreuse, dans laquelle nous avons remarqué MM. Henri Brisson, président de la Chambre des députés, P. Strauss, sénateur, et la plupart des membres du Conseil de direction et du corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris, remplissait les salles trop petites de la mairie. Beaucoup de confrères étaient venus présenter leurs compliments aux mariés et à leur famille.

Dans une courte allocution le maire de l'arrondissement, M. Allou, a, en termes élogieux, indiqué le rôle professionnel de M. Georges Viau et rendu hommage à ses qualités que chacun connaît et apprécie, ainsi qu'à ses goûts artistiques.

Nous profitons de cette occasion pour renouveler à notre dévoué confrère, à sa famille, à la famille de M. Tacail et aux jeunes époux nos vœux sincères de bonheur et nos félicitations pour cette union assortie.

Exposition de Nancy.

Nous avons été heureux d'apprendre que notre excellent collègue M. Delair avait été nommé membre du jury de l'exposition de Nancy, pour le groupe III de la classe 14, (médecine, chirurgie, art dentaire).

Le Comité de l'Exposition ne pouvait faire un meilleur choix.

Souvenir au Dr Claude Martin.

Nous apprenons qu'un groupe d'amis et d'admirateurs du Dr Claude Martin et de son œuvre ont eu l'idée de célébrer sa nomination au titre de membre correspondant de l'Académie de médecine en lui offrant une plaquette.

Une souscription fixée à 20 francs par personne est ouverte dans ce but. Les adhésions sont reçues chez M. le Dr Durand, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, 10, rue des Archers, Lyon.

Un exemplaire en bronze de la plaquette sera envoyé à chaque souscripteur.

Association des chirurgiens-dentistes norvégiens.

L'association des chirurgiens-dentistes norvégiens a fêté, le 15 octobre, le 25e anniversaire de sa fondation à Christiana et a invité notre directeur, membre honoraire de l'Association, à assister à la fête.

Fédération des médecins de Paris et de la Seine.

Conformément aux décisions prises au Congrès des médecins praticiens de France, réuni à Lille en 1908,

La Fédération des médecins de Paris et de la Seine (Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement, Syndicat des médecins de la Seine, Syndicat médical de Paris), considérant :

D'une part, l'augmentation du prix de la vie et des charges professionnelles ;

D'autre part, l'augmentation générale de la rémunération des travailleurs dans toutes les classes de la Société ;

Et la facilité pour tous les malheureux de recevoir des soins médicaux gratuits ;

Considérant enfin qu'un taux d'honoraires suffisant est la meilleure sauvegarde de la santé publique ; que la médecine est une profession dans laquelle le rabais est loin d'être une garantie pour la santé publique ;

Décide qu'il est nécessaire et légitime d'augmenter le taux des honoraires médicaux d'au moins un tiers sur les prix en usage à ce jour.

29e ANNÉE. N° 21 15 NOVEMBRE 1909 Vol. XLII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

IMMOBILISATION DANS LES CAS AVANCÉS DE PYORRHÉE ALVÉOLAIRE

(Communication avec démonstration d'un cas pratique présenté à la XXIVe assemblée annuelle de la Société odontologique suisse à Bâle et au Ve Congrès dentaire international à Berlin, 1909.)

Par Wilhelm Thiersch, D. D. S., de Bâle (Suisse).

En ce qui concerne l'étiologie et la thérapeutique de la pyorrhée alvéolaire, je me bornerai à vous rappeler brièvement ce qui me semble indispensable à ma démonstration. Je n'ai pas besoin de vous donner une description détaillée de ce qui se présente à nous dans un de ces cas ; vous le savez tous plus que suffisamment.

Comme aucun de nous ne l'ignore, la pyorrhée alvéolaire n'est pas une maladie, mais un symptôme, ou plutôt un faisceau de symptômes, qui accompagnent la plupart des altérations de l'assimilation, soit les empoisonnements du sang, les altérations de la circulation, de la digestion et tout particulièrement de l'excrétion urinaire. Des produits d'excrétion pathologiques sont déposés dans les organes terminaux, dans notre cas au bord gingival, et leur effet est la destruction des tissus qui entourent le collet de la dent.

Mais ceci n'est que l'un des facteurs étiologiques en question.

Comme deuxième facteur je vous citerai l'état non hygiénique de la bouche.

Des soins imparfaits des dents et, pire encore, la négligence complète de tous les soins élémentaires de la bouche, ont pour conséquence la formation du tartre salivaire autour du collet. Ce tartre comprime la gencive qu'il enflamme. La pression sur la gencive, et bientôt même sur le bord alvéolaire osseux, fait que tous deux se retirent, et que le dernier sera plus tard dissous par la nécrose. Plus la poche ainsi formée est profonde, plus le tartre avance et, de cette manière, la maladie s'étend jusqu'au point de faire tomber la dent.

Un troisième facteur est la position irrégulière des dents. Même dans la mâchoire complète, une dent individuelle placée hors de l'arcade est plus exposée aux attaques de la pyorrhée que ses voisines en position normale. Ce facteur compte encore beaucoup plus si, par l'extraction prématurée pour cause de carie ou à la suite de la pyorrhée même, un certain nombre de dents ont été perdues ; celles qui restent sont ainsi surchargées par une pression anormale dans la mastication. Cet effet est plus prononcé dans les cas où il manque toutes les molaires, grandes et petites, et où la mastication a déjà faussé la position des dents antérieures. Les dents de la mâchoire inférieure agissent alors sur un plan incliné et feront tomber en peu de temps les dents du haut.

Dans la pratique quotidienne nous ne trouvons jamais deux cas dans lesquels ces trois facteurs étiologiques puissent être invoqués dans les mêmes proportions comme cause des destructions qui se présentent.

Souvent nous voyons dans une bouche des mieux soignées, avec toutes ses dents, des poches de pyorrhée, sans que nous puissions trouver d'autre cause qu'une maladie constitutionnelle.

Au contraire, il y a des cas dans lesquels nous ne réussissons pas à constater une maladie constitutionnelle quelconque ; les dépôts de tartre semblent nous fournir alors la seule explication.

Le troisième facteur sera rarement autre chose qu'une circonstance aggravante accompagnant l'un des deux premiers.

Entre les deux extrêmes cités ci-dessus nous trouvons toutes les nuances imaginables de cas mixtes, de sorte que, dans la pratique quotidienne, il nous faut toujours prendre en considération avec la plus grande attention les trois facteurs en même temps.

Tenant compte de ces trois facteurs étiologiques, il nous faut toujours entreprendre le traitement de trois côtés à la fois.

1. Ce serait une omission grave de traiter un patient quelconque pour la pyorrhée, sans faire tout d'abord une recherche approfondie de l'état général de sa santé. Si le cas le demande, il faudrait se mettre en rapports avec son médecin habituel, qui le connaît plus intimement que nous depuis des années, et insister pour que l'on traite à fond une maladie constitutionnelle que nous pourrions découvrir, et qu'on assure une stricte régularisation de son régime.

2. Il est de notre devoir de mettre la bouche du malade dans un état hygiénique parfait. Le seul fait de nettoyer à fond, d'enlever même les dernières traces de tartre, de gratter consciencieusement, de désinfecter et de stimuler les poches purulentes, produira parfois de vraies merveilles. Ce que je crains le plus, ce sont les demi-mesures.

Si l'on laisse des surfaces non polies ou à moitié propres après avoir enlevé le tartre, ce dernier se reformera au bout de peu de temps.

Il va sans dire qu'une fois le traitement terminé, le maintien de la bouche en état de propreté dépend en grande partie de l'intelligence et de la bonne volonté du patient. Pour le reste de sa vie, il devra soigner sa bouche d'une manière stricte jusqu'à l'extrême, et faire examiner régulièrement sa dentition tous les trois mois ou tous les six mois.

3. Il nous faut remplacer les dents qui manquent afin de répartir également la pression sur toute la mâchoire et fixer, immobiliser par un appareil artificiel les dents qui branlent, si c'est nécessaire. Si nous négligeons cette partie du

traitement dans les cas où elle est indiquée, tout le reste sera inutile. Les traumatismes perpétuels auxquels les dents branlantes sont exposées pendant la mastication déjoueront sans doute tous nos efforts.

La proportion dans laquelle il conviendra d'appliquer les trois parties du traitement dépendra de celle dans laquelle les trois facteurs étiologiques cités plus haut sont responsables de l'origine et de l'extension du cas donné. L'opérateur en jugera dans chaque cas particulier.

Je ne songe point à vous présenter l'appareil que je vous décrirai tout à l'heure comme une panacée universelle. Il serait inutile de vouloir l'appliquer sans se conformer strictement à mes deux premières exigences. Mais, en le combinant avec le traitement indiqué dans chaque cas individuel, il nous donnera des résultats qu'on ne peut concevoir sans son assistance.

Il va sans dire qu'on ne parviendra jamais à une « restitutio ad integrum ». L'os qui est détruit, la gencive qui a reculé, personne ne les rendra au malade. Mais, outre le remplacement prothétique des dents perdues, nous pouvons arrêter la maladie au point où elle en est au moment où le patient se soumet à notre traitement. Nous pouvons en empêcher le progrès avec sûreté; nous pouvons même tabler avec certitude sur une amélioration remarquable de l'état général de la bouche.

Nous avons vu de nos propres yeux, dans la pratique, rester des mois après le traitement sans la moindre trace de pus, des poches, d'où sortait avant le traitement du pus en grosses gouttelettes. Nous avons vu des bords gingivaux enflés, violets et presque ulcéreux avant le traitement, rester ensuite durs et roses pendant des mois. Malgré le fait indéniable que l'os perdu ne repoussera jamais, je suis persuadé que les dents se reconsolideront d'une manière appréciable dans leur alvéole si nous leur ôtons toute possibilité de bouger.

Les recherches bibliographiques auxquelles nous nous sommes livré ne nous ont fourni que de rares indications sur des appareils d'immobilisation pour la pyorrhée alvéolaire.

Les appareils décrits sont composés de pivots et de fils de métal fixés dans les couronnes et même dans les canaux radiculaires, ou de crochets et d'anneaux entourant les collets des dents à fixer.

Herbst nous présente un appareil de ce genre, composé d'anneaux soudés ensemble, mais, avec Miller, je lui reprocherai de favoriser les dépôts d'aliments.

L'appareil en l'espèce le plus parfait dont, à ma connaissance, la description ait été publiée, est l'appareil de maintien de Case, de Chicago, pour les dents de devant redressées. En voici la description :

Placer de minces anneaux de platine autour des couronnes des dents à fixer. Empreinte de plâtre avec ces anneaux en place. Couler le modèle en revêtement. Souder les anneaux ensemble. Renforcer l'appareil du côté lingual au moyen d'un fil de platine. Remplir les interstices du côté labial d'une soudure de belle qualité. Découper le côté labial des anneaux et polir. Bien exécuté, le tout se présentera à peu près comme une série d'aurifications.

Tous les appareils dont j'ai pu trouver la description sont limités à un petit nombre de dents et c'est la fantaisie de l'opérateur qui doit les combiner d'après les besoins du cas.

Bryan, de Bâle, nous a montré, il y a quelques années, les modèles de ses grands travaux à pont par lesquels il remplace les dents perdues, tout en immobilisant en même temps les dents branlantes de toute une mâchoire.

Son mérite indéniable est de s'être attaqué l'un des premiers et avec le plus de courage au traitement des cas les plus désespérés déjà abandonnés par des collègues, et d'avoir obtenu d'heureux résultats grâce à sa persévérance admirable.

Maint patient lui doit d'avoir pu mâcher pendant beaucoup d'années soit avec ses propres dents, soit avec des ponts fixés, alors que d'autres confrères lui avaient proposé depuis longtemps l'extraction de toutes les dents, et la confection d'un ratelier artificiel.

Tout en reconnaissant le mérite incontestable de l'éminent praticien, nous sommes forcé d'avouer, en examinant aujourd'hui ses modèles, que ces appareils ne répondent plus aux exigences de ces dernières années, où le traitement prophylactique et l'hygiène de la bouche ont pris un tel développement qu'ils sont passés au premier plan de tout traitement dentaire.

Je crois qu'il m'est possible de vous indiquer le moyen de construire des appareils du même genre, plus modernes parce que plus hygiéniques.

Je vous présenterai ici un cas de ma pratique personnelle où les conditions générales de la bouche ont été si semblables à l'un des grands cas de Bryan qu'il se prête admirablement à la comparaison.

Naturellement je ne prétends point à la priorité d'un tel emploi de l'incrustation en or. Watson, de Berlin, et Rhein, de New-York, et probablement aussi l'un ou l'autre de nos confrères construisent des appareils semblables, mais je n'en ai jamais lu une description.

Nous voyons (figures 1, 2, 3, planche I) une mâchoire supérieure où il ne reste plus que les six dents de devant, la première petite molaire à droite et la dent de sagesse du même côté. Ces dents ont toutes perdu les trois quarts, et même plus, de leur attachement dans l'alvéole par les ravages de la pyorrhée.

Les dents de devant particulièrement ont été chassées de leur position normale par le surcroît de pression masticatoire. Leurs antagonistes agissent sur elles comme sur un plan incliné. Il est donc de toute première importance de les délivrer de cette néfaste influence en élevant l'articulation, sinon elles ne tarderont pas à tomber.

Ces huit dents sont placées sur une ligne ayant à peu près la forme d'un fer à cheval. Par conséquent nous pouvons presque en éliminer la mobilité si nous réussissons à les unir fermement entre elles. Après cela il ne nous reste qu'à remplacer les dents qui manquent et à construire le pont, de telle manière qu'il complète le soutien déjà réalisé par la réunion de toutes les dents et répartisse la pression également sur toute la mâchoire.

Ce qui nous offre dans ce cas une difficulté toute particulière, c'est qu'il n'y a pas de point d'appui sur tout le côté gauche de la mâchoire. Nous créons ce point d'appui en employant le procédé connu dans la littérature sous le nom *over arch bar* de Bryan (V. fig. 2, pl. I et fig. 7, pl. II).

Pour répartir également la pression sur toute la mâchoire l'emploi de selles nous est indispensable. C'est là, à mon avis, que Bryan n'a pas su tirer tout le profit possible de la situation.

Ses selles n'ont jamais été plus grandes que la surface dont il avait besoin pour y placer les dents artificielles, c'est-à-dire qu'il n'a utilisé ces selles que pour faire porter la pression sur la mâchoire. Dans le cas que je vous présente, j'ai trouvé qu'outre cela, nous pouvons, en employant des selles plus grandes, augmenter la stabilité de tout l'appareil, chose très importante si nous avons affaire à des arcs-boutants faibles. Au moyen de ces selles nous pouvons saisir l'apophyse alvéolaire du côté buccal gauche et droit et, de cette manière, empêcher complètement l'appareil de se mouvoir latéralement. En faisant remonter ces selles derrière la tubérosité nous obtiendrons le même effet dans la direction sagittale (V. fig. 4 et 6, pl. I et fig. 7, pl. II, comparer avec fig. 9 et 11, pl. II).

En outre Bryan amène sa selle jusqu'à la première dent d'appui. De cette façon il se produit un angle mort derrière la dent, ce qui barre tout accès aux instruments, circonstance néfaste si jamais la poche ne se fermait pas complètement à cet endroit, et si la suppuration recommençait. Le pus, emprisonné sous la selle, y produirait un effet désastreux.

J'évite ce désavantage en ne soudant pas la selle directement à son arc-boutant, mais en les joignant tous deux par un fil de platine irridié, à la hauteur de l'articulation (fig. 4 et 6).

Je laisse ainsi un espace libre d'à peu près 0,02 entre le collet de la dent et la selle.

Si jamais la suppuration recommence, le pus peut s'écouler librement et l'accès est ouvert à mes instruments. De cette façon je préviens victorieusement toute récidive de pyorrhée.

Vous pouvez voir, du côté droit de la mâchoire supérieure, que j'ai poussé le dit procédé jusqu'à découper complètement la selle dont la présence derrière la tubérosité m'est indispensable pour me fournir la stabilité nécessaire. Je laisse ainsi libre tout le bord gingival de la couronne de la dent de sagesse (V. fig. 4, pl. I, et fig. 7, pl. II).

Le même principe — ne pas approcher le bord gingival — je le demande également à mes arcs-boutants.

Il n'est pas difficile de résoudre le problème d'un attachement à collet libre pour les grandes et petites molaires. Bryan aussi n'a pas laissé descendre les anneaux de ses couronnes jusqu'à la gencive, partout où cela lui était possible. Mais pour les incisives et les canines il employait un arc-boutant qui, d'après mon opinion, n'est ni hygiénique ni assez solide.

La principale exigence que je réclame d'un tel appareil d'immobilisation sera donc la suivante :

Des arcs-boutants hygiéniques et solides, aussi bien pour les dents de devant que pour les molaires.

L'arc-boutant de Bryan n'était qu'une cape en or, cimentée du côté labial sur la dent presque intacte. Pour en augmenter la solidité, il perçait souvent deux petits trous dans l'émail de la surface linguale et soudait dans sa cape deux petits crampons en platine. A l'endroit où touchent les dents du bas, il laissait la couche d'or très mince et il obtenait la solidité de l'appareil en faisant descendre cette cape jusqu'à la gencive, ou même plus profondément encore, et en la renforçant lourdement à l'endroit où l'articulation n'en était point entravée, c'est-à-dire du côté linguo-cervical.

Cela lui évitait la perte de temps que lui auraient causée la dévitalisation des nerfs et le meulage des couronnes, et, par conséquent, lui permettait de construire rapidement son appareil.

Si par hasard une pulpe était déjà morte, il employait bien son canal pour y placer un pivot solide.

De tout ceci résultait un appareil qui n'était pas assez solidement attaché à chacun de ses arcs-boutants et qui, étant grossièrement renforcé autour des collets, barrait presque complètement l'accès des racines au grattoir.

Mais il y a plus : souvent cet appareil formait entre les dents des angles morts où s'amassaient des restes d'aliments, véritables invites à la carie, et, en mainte occasion, il produisait par lui-même une irritation continuelle de la gencive.

Il n'est pas difficile de comprendre que des capes construites de cette manière ne sont pas attachées assez solidement pour supporter un de ces appareils. Si vous collez tout simplement un morceau de métal sur de l'émail lisse, il se détachera très facilement. Si la cape d'une dent traitée de cette manière cède, il entrera du liquide dans la fente et la carie ne tardera pas à apparaître. Plus tard la pulpe mourra et un abcès en sera la conséquence probable.

Pour éviter les désavantages d'un tel arc-boutant, je dois avant tout ne pas approcher la gencive, ni boucher les intervalles entre les dents, sauf près du point de contact. Tout le bord gingival restera alors ouvert au nettoyage quotidien par le patient, ainsi qu'à un contrôle régulier et, si le cas le demande, à une continuation du traitement par le dentiste.

Mais où trouverai-je la place pour renforcer assez solidement mon appareil, si je n'utilise pas le côté linguo-cervical, seul endroit où il ne gênerait pas l'articulation ? Dans les couronnes mêmes.

Je ne regrette pas le temps que j'emploie à meuler chaque dent individuellement, de sorte que ce soit justement les surfaces triturantes qui logent un appareil solide.

Chacun comprendra qu'un morceau de métal cimenté sur de la dentine meulée, dans une cavité dont les parois sont nettes, parallèles et se coupent à angle droit, sera ancré d'une manière infiniment plus solide qu'une cape collée sur de l'émail.

Conclusion logique de tout ce que je viens de vous dire :

c'est l'incrustation en or qui vient à notre secours, en nous fournissant un ancrage idéal pour nos appareils, ancrage qui répond brillamment à mes deux exigences en même temps.

S'il ne s'agissait que d'un ancrage dans les couronnes larges des grandes et petites molaires, l'incrustation simple nous suffirait amplement. Mais je prétends que, pour les couronnes minces et aiguës des dents de devant, un pivot en platine très solide fixé dans le canal radiculaire est indispensable.

Cela m'amène à la question de la dévitalisation dans le traitement de la pyorrhée.

Il va sans dire qu'il faut laisser à l'opérateur pleine liberté de décision dans chaque cas particulier. Mais je pose comme règle générale qu'il faut dévitaliser toutes les dents qui servent d'arcs-boutants pour des travaux à pont de ce genre et en obturer les canaux.

Quelles sont donc les objections contre la dévitalisation ?

Personne ne redoutera, je suppose, le danger d'infection en cours de traitement, étant donné l'asepsie complète avec laquelle nous pouvons travailler. Celui qui sait employer l'anesthésie de pression à la cocaïne pour enlever une pulpe, n'aura pas à se soucier des douleurs qui font si peur au client. La perforation de l'apex et autres spectres de ce genre ne feront guère hésiter l'opérateur un peu habile.

Le seul argument qui reste contre la dévitalisation est le temps qui est nécessaire aussi bien à l'opérateur qu'au malade pour mener à bien une telle série d'opérations.

J'avoue que cet argument n'est pas sans valeur dans les cas où il s'agit de laisser vivre ou de dévitaliser une douzaine de dents à la fois. Mais je déconseille énergiquement à celui qui veut prendre sur lui la responsabilité et le travail énorme d'un traitement pareil de lésiner avec quelques heures, en risquant ainsi de compromettre plus tard, par cette économie mal comprise, le bon résultat d'un travail qui peut avoir duré des mois.

Aux arguments cités j'en oppose toute une série d'autres qui parlent sérieusement en faveur de la dévitalisation.

Premièrement, l'expérience d'un grand nombre de collègues confirme que l'extirpation de la pulpe produit une action stimulante sur la circulation du périoste alvéolo-dentaire. Des collègues la recommandent même comme remède dans les cas de pyorrhée.

Je n'attacherai pas beaucoup d'importance à cet argument puisque je ne puis vous en donner une preuve scientifique.

Plus important est le fait que la pulpe d'une dent atteinte de pyorrhée avancée ne possède plus sa vitalité normale, qu'elle est toujours en train de périr. On sait d'ailleurs qu'il existe une pulpite chronique descendante ou ascendante depuis l'apex, consécutive à la pyorrhée, qui détruit la pulpe.

Je trouve infiniment préférable de prévenir le danger d'abcès en obturant les canaux dès le début.

Le meulage de la dentine, nécessaire à une bonne préparation de la cavité, sera souvent très douloureux si le nerf vit encore, et menacera la vitalité de ce dernier.

Là où le cément est sensible, la dévitalisation facilitera énormément le curettage des poches.

Après tout ceci, j'arrive à un argument purement technique, il est vrai, mais décisif pour moi. J'ai absolument besoin des canaux radiculaires pour créer, à l'aide d'un pivot fort, un arc-boutant assez solide pour répondre à mes deux exigences.

On a déjà recommandé de percer un trou assez profond le long de la pulpe, à gauche ou à droite, pour y ajuster un tel pivot. Je redoute cette opération, car je suis persuadé qu'une perforation de la dentine aussi près du nerf, ainsi que le ciment, employé pour la pose de l'appareil, irriteront la pulpe et en détruiront la vie.

L'incrustation en or avec pivot de platine dans le canal radiculaire nous fournit l'arc-boutant idéal pour les dents de devant, arc-boutant qui répond à toutes les exigences exposées plus haut.

Je meule une rainure dans la direction mésio-distale, j'en approfondis les deux extrémités pour en faire deux cavités, je meule un peu le tubercule lingual pour donner plus de corps à mon incrustation et je prépare les bords de façon à pouvoir bien les recouvrir. Quand l'incrustation ajuste bien, je la perfore et j'y soude mon pivot (V. figures 13 et 14).

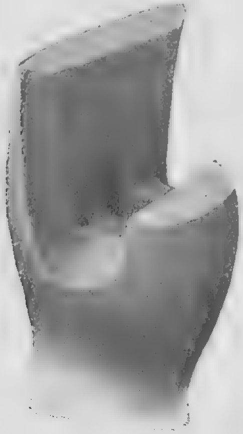


Fig. 13. — Grande incisive supérieure gauche. Cavité préparée pour l'incrustation or arc-boutant.

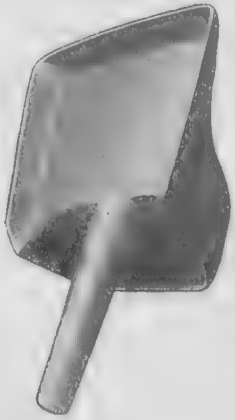


Fig. 14. — Représente cette incrustation vue de l'intérieur.

Les difficultés techniques rendent impossible la construction d'un tel appareil sur une empreinte de toutes les dents d'appui à la fois. Je termine donc chacune de ces incrustations, et je les réunis deux à deux d'après de petites empreintes en plâtre, en renforçant la jointure au moyen d'un pivot de platine irridié, et je continue ainsi jusqu'à ce que toutes les parties soient réunies entre elles.

Les figures 4, 5, 6, 7 et 8 vous montrent l'appareil qui en résulte.

Dans le cas dont je vous parle, le problème d'immobilisation était beaucoup plus facile à résoudre pour la mâchoire inférieure parce qu'il n'y manquait que cinq dents.

Il eut été impossible de poser tout ce pont d'une seule pièce. J'ai dû le construire en trois parties, dont celle du milieu relie les deux autres (Voir figures 4, 5, 6 et 8).

Pour les ponts latéraux, j'ai appliqué les mêmes principes que pour l'appareil de la mâchoire supérieure : les anneaux des couronnes ne descendant pas jusqu'à la gencive, les canines et la première petite molaire à gauche portant des incrustations en or avec pivots.

Une petite selle m'aide à remplacer la deuxième molaire de droite. A cet endroit vous voyez une selle qui s'approche tout à fait de la dent voisine. Cette dernière était tellement enfoncée entre la joue et la langue qu'un espace libre, tel qu'il a été décrit plus haut pour les canines, aurait inévitablement fourni un abri aux dépôts de nourriture. Aussi n'était-il pas dangereux d'amener à cet endroit la selle jusqu'à la dent, parce qu'il n'y avait pas de poche et que la selle était toute petite.

En outre je me suis décidé à ne pas adhérer strictement aux principes développés plus haut pour l'ancrage des incisives inférieures et ici j'ai employé l'appareil de maintien de Case, mentionné ci-dessus.

En voici les raisons :

Ces dents, étant encore beaucoup moins atteintes de la pyorrhée que les incisives supérieures, je ne jugeai pas indispensable d'en dévitaliser les pulpes ; de plus les incisives inférieures sont tellement étroites dans la direction linguo-labiale, qu'il est beaucoup plus difficile d'y creuser la cavité voulue que chez leurs antagonistes.

Après toutes les explications données plus haut, on reprochera à l'appareil de Case de coller une surface métallique sur de l'émail non meulé, lisse, et, par conséquent, de se détacher très facilement.

C'est précisément pour cette raison que je ne l'appliquerai jamais seul ; mais là où je puis l'intercaler entre deux incrustations en or, reposant solidement sur des surfaces plates de dentine meulée, ou entre deux couronnes, je n'ai plus à craindre qu'il ne se détache. Il est alors parfait comme appareil d'immobilisation, et il est exemplaire au point de vue du collet libre.

J'ai employé comme pivots pour les incrustations dans les canines qui portent les deux ponts latéraux des tubes de platine placés parallèlement dès le début.

Ces deux ponts terminés, j'ai découpé des cavités secondaires dans le corps des incrustations des canines. Dans celles-ci, j'ai fait deux incrustations secondaires, dont les pivots s'emboîtent dans les deux tuyaux parallèles. Ce sont ces deux incrustations qui m'ont fourni les arcs-boutants pour l'appareil de Case des quatre incisives (fig. 15).

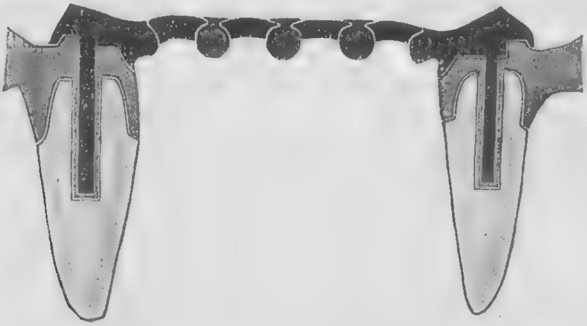


Fig. 15. — Schéma d'une section frontale de la pièce médiane du pont inférieur.
En blanc : les racines des canines.
En gris : les incrustations avec tubes, arcs-boutants des ponts latéraux.
En noir : les incrustations secondaires avec pivots qui tiennent l'appareil d'immobilisation des incisives. (Case.)

Cet appareil me fournit la pièce qui relie les deux ponts latéraux et forme avec eux un tout solide.

Si vous le comparez avec les bandes de Bryan pour les incisives inférieures, vous voyez de nouveau qu'il présente l'avantage énorme de ne point approcher du tout le bord gingival.

Après tout ceci, je crois vous avoir clairement démontré que le problème d'un arc-boutant perfectionné et solide pour les appareils d'immobilisation, est résolu d'une façon idéale par l'application des incrustations en or, et qu'il nous est possible, en conservant strictement une certaine distance de la gencive, de construire des ponts qui répondent beaucoup mieux aux exigences modernes de l'hygiène et de la laxie que les appareils décrits jusqu'à maintenant.

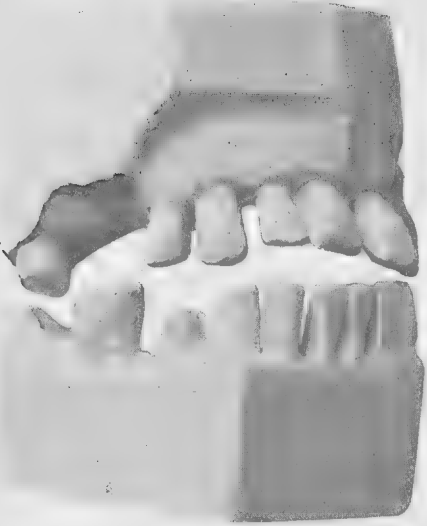


Fig. 1.

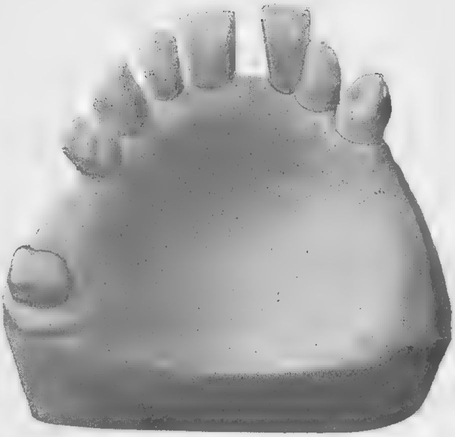


Fig. 2.

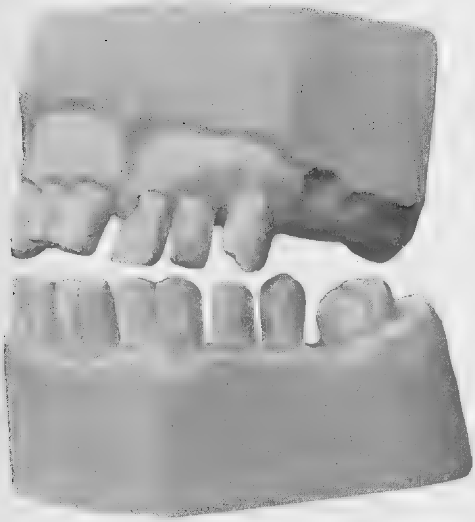


Fig. 3.

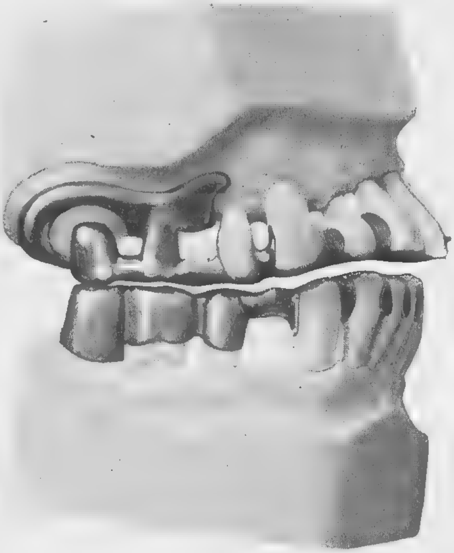


Fig. 4.

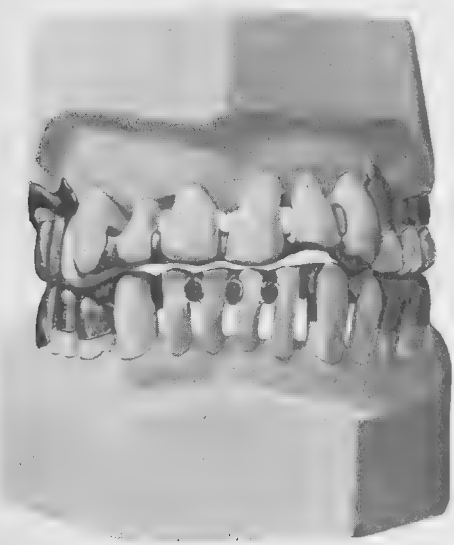


Fig. 5.

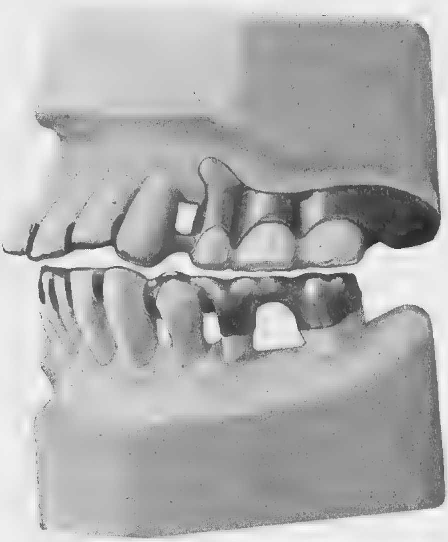


Fig. 6.

PLANCHE II.

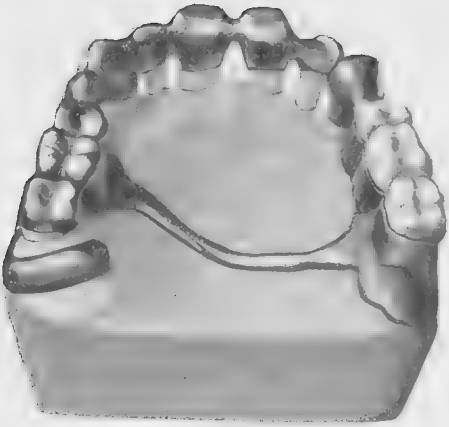


Fig. 7.

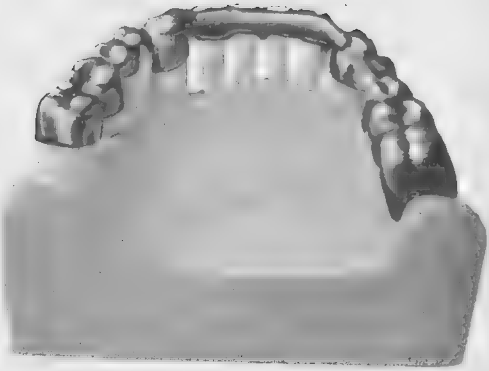


Fig. 8.

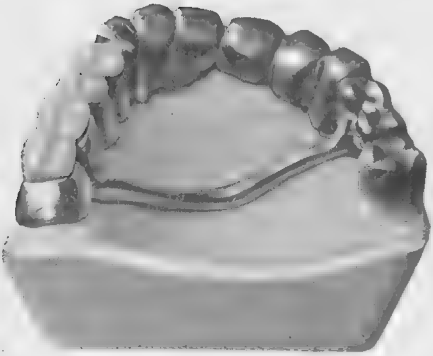


Fig. 9.

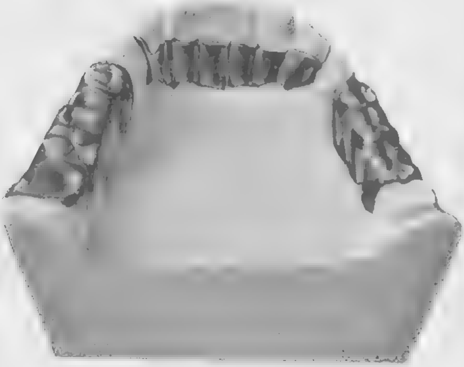


Fig. 10.

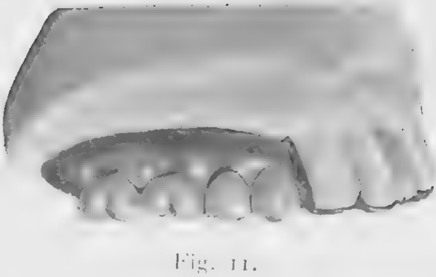


Fig. 11.

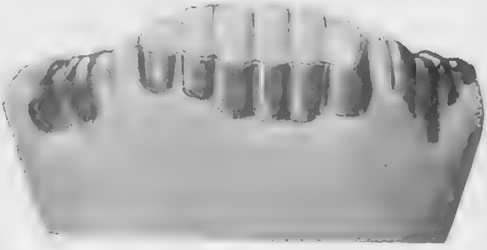


Fig. 12.

EXPLICATION DES PLANCHES

Planche I. — Figures 1, 2 et 3 représentent le cas que je décris, avant le traitement.
Figures 4, 5 et 6 le même cas après le traitement.

Planche II. — Figures 7 et 8 représentent la mâchoire supérieure et la mâchoire inférieure du même cas vues de l'intérieur.
Figures 9, 10, 11 et 12 représentent des modèles de la collection du D^{r} Bryan que j'ai fait reproduire pour comparaison.

Comparer la figure 9 avec la figure 7,
— » » 10 » » » 8,
— » » 11 » la mâchoire supérieure de la figure 6, planche I.
— » » 12 » la mâchoire inférieure de la figure 5, planche I.

L'ALDÉHYDE FORMIQUE ASSOCIÉE AU TRICRÉSOL EN THÉRAPEUTIQUE DENTAIRE

Par A. AUDY,
Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris,

Et C. ANDRÉ,
Pharmacien de 1re classe,
Ex-interne des hôpitaux de Paris.

(Communication au Congrès de l'A. F. A. S., Lille 1909.)

Sans vouloir faire une revue complète des travaux publiés sur ces deux agents thérapeutiques nous nous permettrons de rappeler que c'est de Marion qui fit le 18 décembre 1894 à la Société d'Odontologie, une des premières communications sur l'emploi de l'aldéhyde formique.

Cette communication intitulée « du Formol et de son emploi en thérapeutique dentaire » est publiée dans *L'Odontologie,* n° de janvier 1895 et dans le *Progrès Médical* 1895. Depuis cette époque de nombreux travaux sur ce sujet ont vu le jour mais déjà de Marion concluait ainsi son travail :

« Le formol par ses propriétés physiques et chimiques, par son pouvoir antiseptique et microbicide nous semble appelé à remplacer tous les agents employés jusqu'ici en antisepsie dentaire.

» Les faits cliniques viennent à l'appui de notre dire et jamais nous n'avons eu de lésion par l'emploi du formol. »

Nous continuâmes avec de Marion les recherches de ce côté et sous le nom *Formol géranié* nous avons fait connaître en 1897 un médicament dentaire possédant des caractères chimiques et pharmacologiques parfaitement distincts.

Cette appellation, donnée primitivement était impropre. En effet le mot de *formol* a été créé par Trillat pour désigner une solution aqueuse contenant 40 o/o d'aldéhyde formique, obtenue suivant un procédé original donnant au liquide certaines propriétés spéciales.

La composition interne du formol, les états divers affectés par l'aldéhyde formique dans ce liquide ont été l'objet de dissertations approfondies. Cela n'a assurément pour nous qu'un intérêt relatif ; si nous le rappelons incidemment c'est pour nous donner l'occasion de dire que les mots « solution aqueuse d'aldéhyde formique » ne représentent pas, à propos du formol, une réalité physique et chimique, qu'ils ne doivent, au contraire, être pris que comme une expression pharmacologique simplifiée. Cette remarque aura tout à l'heure son utilité.

Il était donc nécessaire d'appliquer à un médicament, n'ayant aucune relation de similitude avec ce qui existait une appellation distincte : celle de *formyl géranium* a été adoptée.

On peut préparer une série de liquides analogues au *formyl géranium* en produisant l'aldéhyde formique, corps gazeux, au sein du mélange d'alcool et de l'autre élément. On obtient à volonté par ce procédé le formyl thymol, le formyl eugénol, le formyl créosote et à la suite de la communication de M. Miégeville à la séance de la Société d'Odontologie de novembre 1908 nous avons composé et étudié le formyl tricrésol.

Ainsi le formyl géranium se trouve être le premier et le type des *formyls composés* et en rappelant ses caractères essentiels nous établirons par là même la signification générale de cette classe de médicaments.

Le tableau comparatif suivant montre la composition centésimale du formol et celle du formyl géranium :

Formule I.

Formol.		*Formyl Géranium.*	
Aldéhyde formique gazeux.	40 gr.	Aldéhyde formique gazeux.	40 gr.
Eau	60 gr.	Alcool à 90°	40 gr.
	100 gr.	Essence de géranium redistillée	20 gr.
			100 gr.

Dans l'un comme dans l'autre, l'aldéhyde formique est au même titre et au maximum de concentration. Mais les états sont différents. Tandis que dans le formol il forme des *hydrates*, dans le formyl géranium il forme des *alcoolates* et des combinaisons indéterminées du même ordre avec les constituants du géranium.

Souvent ces combinaisons de l'aldéhyde formique avec l'élément associé se traduisent extérieurement par un changement de coloration : le formyl tricrésol est rouge clair, le formyl thymol rouge rubis.

Voici la composition centésimale du formyl tricrésol que nous avons obtenu :

FORMULE II.

Aldéhyde formique gazeux.........	40	grammes
Alcool à 90°........................	30	—
Tricrésol...........................	30	—
	100	grammes

Enfin en remplaçant dans la formule I du formyl géranium vingt parties d'alcool par autant de tricrésol, nous avons préparé le formyl composé que nous avons plus particulièrement essayé et dont voici la formule centésimale :

FORMULE III.

Aldéhyde formique gazeux.........	40	grammes
Essence de géranium redistillée....	20	—
Tricrésol...........................	20	—
Alcool à 90°........................	20	—
	100	grammes

Le choix du géranium a été déterminé par certaines considérations, notamment sa puissance antiseptique, sa stabilité chimique et l'absence de pouvoir irritant des vapeurs. Ce dernier point appelle une mention spéciale.

S'il est vrai de dire que la vapeur de géranium n'est pas irritante par sa nature propre il convient aussi de ne pas perdre de vue qu'elle possède, comme ses congénères aromatiques, une tension de vapeur assez élevée à la température physiologique. Cette même tension s'accroît encore par le fait de l'élévation très appréciable de température provoquée par l'aldéhyde formique réagissant chimiquement sur le contenu pulpaire. La pression qui en résulte sur les tissus au delà de l'apex pourra faire naître une réaction douloureuse plus ou moins forte si les tissus sont congestionnés et enflammés. A côté de certains avantages évidents, l'essence de géranium a donc un inconvénient, celui de sa tension de vapeur.

Rien de pareil n'existe pour le tricrésol, dont la tension est excessivement faible. Et même si cette tension était plus élevée la vapeur de tricrésol loin de réveiller la sensibilité, aurait plutôt pour effet de l'émousser à la manière de l'acide phénique.

C'est grâce à ces propriétés spéciales que nous avons pu obtenir avec ce mélange formule n° 3 la stérilisation extrêmement rapide de dents atteintes de caries du 4ᵉ degré.

Voici à propos de quelques exemples la technique que nous avons définitivement adoptée :

Observation I.

M. M., 36 ans, nous montre le 6 juillet une première molaire inférieure gauche atteinte d'une énorme carie trituro-mésiale, étendue même un peu au-dessous du bord gingival. Un reste de ciment prolongeant la face triturante forme à cavité une sorte de couvercle imparfait. A part une légère sensibilité de périodontite chronique le patient est surtout gêné par la quantité d'aliments qui, s'accumulant entre cette carie et la prémolaire voisine, compriment la gencive, et par la mauvaise odeur qui se dégage de cette cavité impossible à nettoyer.

D'après le malade cette dent a été soignée et obturée il y a 18 mois elle était avant les soins très douloureuse et le dentiste l'a prévenu au cours du traitement qu'il lui enlevait les nerfs en avant mais qu'il laissait celui du fond qui n'était pas encore malade.

A la première séance nous ouvrons la cavité de façon à découvrir l'orifice des canaux radiculaires. Tous sont perméables, remplis d'une matière infectée, brunâtre, de la consistance d'une pâte molle, nous enlevons mécaniquement (fraises du Gate, Beutelrock, tire-nerf) tout ce que nous pouvons de cette matière et appliquons à l'orifice des canaux une mèche de coton imbibée de chloroforme.

Deux minutes après enlèvement des tampons de chloroforme, séchage de la cavité à l'air chaud et nous appliquons dans chaque canal aussi profondément que possible une mèche de coton imbibée de formyl géranium tricrésylé (selon la formule n° 3) et occlusion à la gutta.

Le 9 juillet nous revoyons le patient qui n'a aucunement souffert il a même pu, grâce à la gutta, se servir de la dent en traitement pour la mastication sans éprouver aucune gêne.

Nous enlevons le pansement, les mèches sont colorées et présentent une odeur encore légèrement infectée ; nous enlevons au tire-nerf quelques débris séchés qui avaient échappé à notre premier nettoyage et après séchage à l'air chaud nous remettons en place comme la première fois les mèches imbibées de formyl géranium tricrésylé et le pansement de gutta.

Le 12 juillet notre cavité débarrassée de la gutta présente l'odeur agréable du géranium, nous enlevons les mèches et prenant les précautions habituelles pour empêcher l'irruption de la salive nous remplissons les canaux d'une pâte composée de :

FORMULE IV.

Oxyde de zinc	Q. V.
Iodoforme ou aristol	traces
Formyl géranium tricrésylé	Q. S.

Pour une pâte molle.

obturation de l'orifice des canaux à la gutta et obturation de la dent au ciment amalgamé.

Nous avons revu le malade le 19 juillet pour d'autres opérations. La molaire inférieure gauche n'a présenté aucune manifestation douloureuse depuis l'obturation.

Nous avons suivi fidèlement cette technique pour des cas analogues, désinfection de racines suivies de poses d'appareils, de dents à pivot ou simplement d'obturation et jamais malgré l'occlusion parfaite du pansement sous la gutta nous n'avons vu de manifestations douloureuses ou inflammatoires du côté du périodonte.

Nous avons aussi obtenu par ce procédé la guérison rapide de fistule : .

Observation II.

Mme S., 40 ans, a présenté ces dernières années de la glycosurie et de l'albuminurie, nous la soignons régulièrement pour éviter le développement de pyorrhée alvéolaire dont elle a présenté quelques symptômes.

Le 7 juin elle nous rapporte que depuis sa dernière visite elle a eu du côté droit un érysipèle ; qu'en ayant déjà eu un à gauche il y a quelque 15 ans elle sait bien ce que c'est, mais ses dents étaient cette fois-ci plus douloureuses que lors du premier.

A l'examen nous constatons sur la face vestibulaire de l'arcade supérieure dans la fosse canine une petite fistule passée inaperçue de la malade. La canine est intacte mais présente une légère sensibilité à la percussion. Nous diagnostiquons une mortification pulpaire de la canine : l'érysipèle se réduit à une fluxion causée par l'infection de cette canine.

Nous pratiquons de suite la trépanation de cette dent et nous pénétrons dans une chambre pulpaire remplie de débris putréfiés légèrement purulents ; nettoyage mécanique de la chambre et du canal, dégraissage par deux mèches de chloroforme, séchage à l'air chaud, pansement par une mèche imbibée de formyl géranium tricrésol et occlusion à la gutta.

La pression de la gutta dans le canal faisant corps de pompe fait pénétrer le liquide jusqu'à l'orifice de la fistule où il détermine seulement une très légère cuisson.

Le pansement reste en place jusqu'au 14. A cette date le pansement a été très bien supporté, particulièrement indolore, l'orifice de la fistule est cicatrisé ; la gutta enlevée nous trouvons notre mèche un peu colorée par les liquides organiques contenus dans le canal. La mauvaise odeur a disparu, par précaution toutefois nous renouvelons après séchage à l'air chaud la mèche imbibée du formyl géranium tricrésol et fermons l'orifice de trépanation à la gutta.

Le 23 juin notre malade revient. Elle n'a pas souffert de sa dent qui se comporte pour la mastication comme les dents voisines, nous enlevons la gutta, la mèche, qui a conservé sa coloration normale et son odeur de géranium, et nous procédons à l'obturation en remplissant le canal avec la pâte formulée plus haut n° 4 et un cône de gutta.

Nous avons pu aussi en suivant fidèlement cette technique stériliser des canaux radiculaires très fins dans lesquels l'accès était limité à l'orifice et que nous avons obturé à la troisième séance sans voir aucune manifestation désagréable se produire par la suite.

Nous n'insisterons pas sur la stérilisation des canaux des dents temporaires qui supportent parfaitement bien cette association d'antiseptiques.

Un point sur lequel nous nous permettrons d'insister c'est le nombre de pansements plus réduits avec l'emploi du formyl géranium tricrésylé qu'avec les autres antiseptiques.

Cette diminution du nombre de pansements nécessaires à la stérilisation pratique des canaux tient selon nous à plusieurs causes :

1° L'association de substances antiseptiques et microbicides différents, agissant donc chacune différemment sur les colonies microbiennes et leurs toxines ;

2° La possibilité dès le premier pansement d'occlure à la gutta-percha sans craindre de complications (périodontites, fluxions, etc.) ;

3° Les propriétés déshydratantes du mélange dont nous avons donné la formule 3 dont tous les constituants sont très avides d'eau ;

4° Enfin parce que dans les formyls composés l'aldéhyde formique désinfectant énergique ne représente néanmoins qu'une partie de l'action médicamenteuse ; ainsi que cela a été établi théoriquement et expérimentalement le formyl géranium grâce au mélange « alcool essence de géranium » intervient en outre comme dissolvant et comme momifiant.

a) Comme dissolvant à l'égard des produits de désagrégation pulpaires et surtout des acides gras provenant de la régression des substances albuminoïdes ;

b) Comme momifiant des tissus ou débris de tissus ayant échappés aux moyens mécaniques de stérilisation dentaire.

D'un autre côté le mélange « alcool tricrésol » jouit des mêmes propriétés dissolvantes signalées ci-dessus, mais ses propriétés momifiantes sont notablement accrues à cause de la nature phénolique du tricrésol.

Le résultat pratique pour nous est par l'emploi du formyl géranium tricrésylé dans le traitement du 4^e degré une économie de temps considérable, une simplification dans les manœuvres et une sécurité complète vis-à-vis des manifestations périodontiques.

MALOCCLUSION POST-MOLAIRE ET PATHOGÉNIE DES ACCIDENTS DE LA DENT DE SAGESSE INFÉRIEURE

Par Mendel-Joseph,

Professeur à l'École dentaire de Paris.

A côté des complications graves de l'éruption de la dent de sagesse qui appellent l'intervention de la grande chirurgie, à côté des formes de gravité moyenne, sans retentissement éloigné, que les ressources de la chirurgie spéciale suffisent à combattre, le praticien a souvent affaire à des accidents d'une modalité plus bénigne, moins dramatique, mais qui n'en demeurent pas moins une source d'ennuis et d'inquiétudes pour le malade.

L'histoire clinique de cet ordre de manifestations est presque toujours la même et il est aisé d'en donner une expression schématique générale.

Le patient, jeune sujet, raconte qu'il souffre depuis une ou plusieurs années dans la région de la dent de sagesse inférieure. Il s'agit d'ordinaire d'une localisation unilatérale; quelquefois cependant les deux côtés sont pris simultanément ou alternativement. Le mal procède par poussées aiguës surgissant tantôt sans cause apparente, mais le plus souvent à la suite d'une tentative de mastication du côté correspondant.

L'accès se traduit par une tuméfaction douloureuse de la gencive et de la muqueuse buccale et pharyngienne avoisinante, par un gonflement de la région massétérine, sous et rétro-maxillaires, avec léger trismus et irradiations aiguës au niveau des ramifications temporales, auriculaires et cervicales. Le patient a de la fièvre, sa température est de 38 ou même de 38,5. La mastication est difficile, la déglutition douloureuse.

Ces phénomènes durent rarement au delà d'une semaine. Peu à peu l'acuité du processus s'atténue, la tuméfaction regresse, la mobilité fonctionnelle de la mâchoire se rétablit, la douleur s'apaise. Seule, la portion de la gencive recouvrant la dent de sagesse demeure congestionnée, épaissie, douloureuse à la pression.

Le caractère dominant de cet état morbide réside dans sa chronicité, dans *la tendance constante à la récidive.* Les poussées se succèdent les unes après les autres à des intervalles irréguliers avec une intensité variable de désordres anatomiques et fonctionnels.

En examinant la bouche de ces malades, j'étais, depuis longtemps déjà, frappé d'un fait dont l'importance me paraît considérable et qui semble avoir échappé à l'attention des observateurs. Je n'en ai trouvé mention dans aucun des livres classiques que j'ai consultés à ce sujet.

Qu'observe-t-on en effet ?

A la mâchoire inférieure la dent de sagesse, cause initiale de tous les troubles, ne se montre que par une faible partie de sa surface triturante ; tout le reste de la couronne est recouvert par une muqueuse congestionnée, décollée, formant un sac où s'accumulent à plaisir les produits septiques de la cavité buccale.

A la mâchoire supérieure, au contraire, la dent de sagesse antagoniste a fait sa complète éruption. Bien plus, elle dépasse de beaucoup le plan normal d'occlusion, elle est notablement allongée et ses cuspides viennent en contact avec la dent du bas incluse, qu'elle bloque et qu'elle immobilise, constituant ainsi un obstacle durable à son ascension.

J'ai observé cette disposition avec une fréquence remarquable et dans nombre de cas elle m'a paru la cause efficiente de l'inclusion de la molaire du bas.

Le mécanisme pathogénique de ce trouble d'occlusion se conçoit d'ailleurs aisément.

A la mâchoire inférieure la dent de sagesse éprouve, on le sait, de sérieuses difficultés à faire son éruption. Son ascension se fait lentement, péniblement, douloureusement.

Par contre la dent de sagesse supérieure fait son apparition en quelque sorte sans entraves. Elle acquiert rapidement sa hauteur normale, qu'elle dépasse bientôt par défaut de l'antagonisme nécessaire à son équilibre. Cet allongement s'accroît peu à peu jusqu'à atteindre la dent inférieure, qu'elle fixe définitivement dans sa position vicieuse.

En résumé, les conditions anatomiques et physiologiques qui déterminent la rupture du parallélisme dans le travail de l'éruption des dents de sagesse antagonistes engendrent secondairement un état de déséquilibre d'occlusion, qui devient le principal facteur d'immobilisation de la dent du bas et, par suite, la cause des complications septiques dans les tissus environnants.

Il est facile de comprendre que la première indication d'un traitement rationnel des accidents en question consiste dans la suppression de l'obstacle qui s'oppose à la sortie de la dent du bas. On y arrive en sectionnant toute la partie de la dent supérieure qui dépasse le plan normal d'occlusion.

APPLICATION DE LA PRESSE SOLBRIG
dans un cas de dent à pivots avec dent à tube sur une prémolaire à canaux divergents.

Par L. Bruschera,
Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

Dans la communication que j'ai l'honneur de vous présenter je n'ai pas la prétention d'avoir innové. Je me permets de vous soumettre un procédé renforçant la rétention habituelle des dents à pivots multiples.

Ce cas, à canaux très divergents, rencontré fréquemment, laisse perplexe et se résout par l'emploi d'un seul pivot ou d'un pivot accompagné d'un éperon logé dans l'orifice du deuxième canal. *Pivots soudés sur une plaque.*

Ces seuls moyens de rétention ne me rassurent pas. D'autre part, ne voulant pas recourir à la couronne à bague, je me suis appliqué au travail suivant, qui m'a donné de bons résultats.

Sur une première prémolaire supérieure droite à canaux très divergents, ainsi que ce modèle l'atteste (fig. 1), nous désirons mettre une couronne en porcelaine.

Sans vouloir faire le procès des différentes sortes de dents en porcelaine à notre disposition, nous avons donné notre préférence à la dent à tube qui, par son élégance et sa solidité, supportera mieux la fatigue de l'articulation défectueuse que nous avons à rectifier.

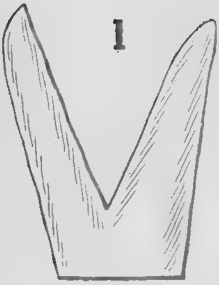
Après avoir préalablement traité les canaux suivant la méthode classique, obturer l'apex des racines avec une boulette de ciment.

Nous préparons la cavité pour notre moyen de rétention. A l'aide d'une fraise ronde nous creusons à trois millimètres environ au milieu de la racine une cavité dont l'étendue sera limitée par l'orifice des canaux. Avec une fraise cylindrique nous rendons cette cavité rectangulaire et polissons les bords de façon à obtenir une cavité de dépouille et bien plane, tout comme pour l'adaptation d'un bloc de Dall (fig. 2).

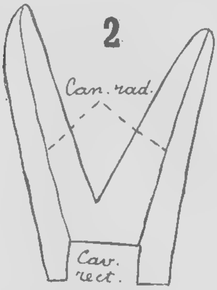
Nous élargissons la lumière du canal le plus important (racine antérieure ou juguale le plus communément) à l'aide de forets appropriés, comme pour le pivot habituel, c'est-à-dire le plus profondément et le plus largement possible, sans atténuer la solidité des parois de la racine par amincissement.

Dans le deuxième canal, au contraire, n'élargir que l'orifice à deux millimètres de profondeur environ (fig. 3).

Les fils de platine irridié ou les tiges d'or choisis à la grosseur voulue, mais ne forçant pas dans les canaux seront mis en place, le pivot du canal antérieur dépassant d'environ un centimètre la racine, l'éperon sectionné de façon à être noyé dans la masse qui occupera le rectangle (fig. 3).

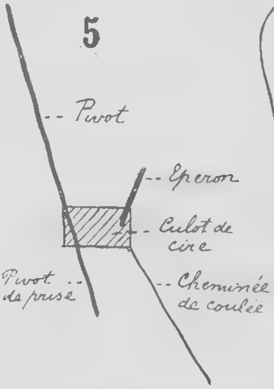


1



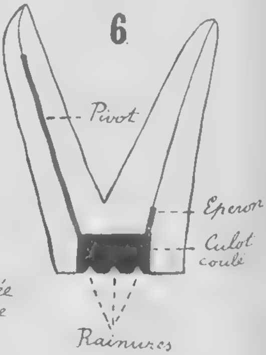
2

Can. rad.
Cav. rect.



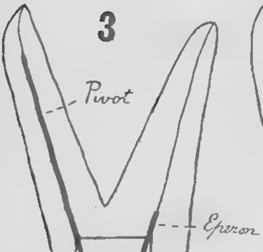
5

Pivot
Eperon
Culot de cire
Pivot de prise
Cheminée de coulée



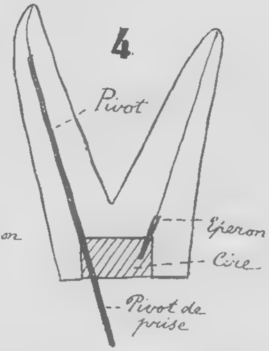
6

Pivot
Eperon
Culot coulé
Rainures



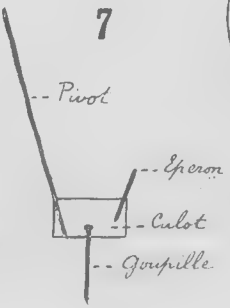
3

Pivot
Eperon



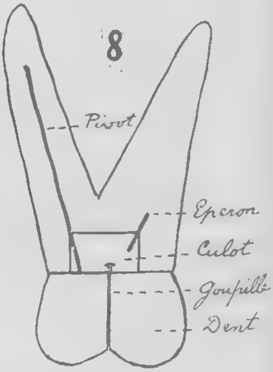
4

Pivot
Eperon
Cire
Pivot de prise



7

Pivot
Eperon
Culot
Goupille



8

Pivot
Eperon
Culot
Goupille
Dent

Cet ajustage accompli, nous retirons les pivots et prenons le moulage de notre cavité rectangulaire avec de la cire pour empreintes à inlays.

Sans la retirer, nous introduisons à chaud les deux pivots, bien à fond, au moyen d'une paire de précelles et d'un fouloir. Réparer bien fidèlement les contours et la surface de la cire. Refroidir au chlorure d'éthyle et retirer la masse, qu'accompagneront les pivots, par celui dépassant la racine et l'empreinte (fig. 4).

Nous essayons encore une fois afin de vérifier si rien ne s'est déplacé.

La coulée de ce culot noyant les deux pivots, s'effectue selon la méthode connue de tous pour la confection des blocs à cire perdue.

L'épingle qui constituera la cheminée de coulée sera piquée au centre de la masse du côté où se présente le pivot débordant (fig. 5).

Une fois le culot coulé, couper le pivot dépassant la cheminée, porter le tout dans la racine et donner un coup de meule afin de bien niveler le culot à la surface de la racine.

Retirer le culot et faire quelques rainures qui serviront à repérer son emplacement dans l'empreinte au plâtre (fig. 6).

Prise de celle-ci avec les pivots en place. Reconstitution du modèle et replacement du culot au moyen des rainures de celui-ci qui devront se fixer sur les saillies du plâtre. Les pivots auront été huilés afin d'en assurer le dégagement.

Ajustage de la dent à tube mise en place sur le modèle et marque à l'aide d'une pointe passée dans le tube de l'emplacement de la goupille sur le culot.

Avec un foret on creuse un pertuis que l'on rétentionne au moyen d'une fraise roue dentée. Remplir cette cavité de cire collante. Remettre la dent et introduire dans le tube la goupille à chaud. Refroidir et retirer délicatement.

Essayer à nouveau et placer dans le cône de coulée la goupille qui servira de cheminée (fig. 7).

Après cette opération placer la dent ajustée sur le culot, la fixer au soufre ou au ciment et river la goupille. Il ne reste plus qu'à sceller le tout dans les racines selon la méthode usitée.

REVUE ANALYTIQUE

Traitement de l'aphte. — Du bec-de-lièvre médian inférieur. — L'angio-lupoïde de la face. — Traitement des aphtes par les applications locales de formol. — Note au sujet de l'élimination spontanée d'un calcul du canal de Wharton. — Sur le sort du chloroforme dans l'organisme. — Névralgie du trijumeau d'origine dentaire. — Entérite et évolution dentaire. — Du traitement de la névralgie faciale par l'alcoolisation locale. — Contribution à l'étude des lésions du foie d'origine chloroformique.

Traitement de l'aphte.

L'aphte en tant que lésion isolée et en dehors des cas de fièvre aphteuse, est une affection des plus bénignes mais très pénible par la gêne que sa localisation en certains points peut occasionner, et par ses constantes récidives chez quelques sujets.

La thérapeutique de l'aphte, dit M. Fargin-Fayolle, doit s'inspirer du même principe que celle du chancre mou, à savoir la transformation immédiate d'une ulcération spécifique en une plaie banale qui dès lors se cicatrisera rapidement : ainsi agissent le nitrate d'argent et l'acide chromique ; mais ces agents sont d'ordinaire insuffisants pour la destruction en profondeur de l'ulcération.

L'action du galvanocautère est parfaite, mais elle est très douloureuse.

La destruction de l'aphte, peut au contraire être exécutée sans douleur et simplement par l'emploi de l'acide sulfurique de Nordhausen. Le soulagement est immédiat ; ce procédé demande simplement un peu de soin dans son exécution.

La cautérisation avec deux crayons, préconisée par M. Sabouraud pour le traitement local des scrofulo-dermites fongueuses végétantes ou ulcéreuses, appliquée au traitement de l'aphte, par M. Fargin-Fayolle, donne également de bons résultats. Il s'agit d'une cautérisation double et successive avec deux crayons, l'un au nitrate d'argent, l'autre de zinc métallique. On touche d'abord avec le crayon au nitrate en dépassant un peu les limites de l'ulcération ; à la teinte blanchâtre que prend immédiatement la lésion, succède une coloration noire au moment du passage du crayon de zinc. Il se produit en effet une double décomposition : le nitrate d'argent est devenu acide nitrique libre, argent naissant et colloïdal, pendant qu'il se formait du nitrate acide de zinc. La couleur noire est donnée par l'argent libre. Le crayon de zinc doit être à la suite parfaitement nettoyé.

L'emploi de l'acide trichloracétique ou du nitrate acide de mercure donnerait également des résultats excellents, mais leur utilisation est dangereuse.

(*Revue de Dermatologie*, août 1909.)

Du bec-de-lièvre médian inférieur.

Comme le bec-de-lièvre supérieur, c'est une affection congénitale mais extrêmement rare, on en connaît à peine une douzaine de cas. Au point de vue anatomo-pathologique on peut distinguer, suivant l'importance des lésions, trois degrés principaux : le premier, simple ébauche, consiste dans une profondeur anormale du sillon qui existe normalement à la partie moyenne de la lèvre inférieure ; le deuxième (bec-de-lièvre simple) est constitué par la fissure plus ou moins prononcée de la lèvre seule ; dans le troisième (bec-de-lièvre complexe), les lésions portent sur les parties molles et sur l'os maxillaire lui-même.

Quelques complications peuvent être notées : prolongements cicatriciels dans la région du cou, bifidité de la langue, tumeurs..., etc.

Nous ne décrirons pas l'affection qu'il est facile de se représenter. Nous mentionnerons simplement que dans le bec-de-lièvre complexe on observe une division de la lèvre sur toute sa hauteur. L'os est également nettement divisé sur toute sa hauteur dans la région de la symphyse ; mobilité dans le sens vertical et dans le sens antéro-postérieur. La salive s'écoule constamment en grande abondance. Gêne fonctionnelle toujours assez marquée. Plus tard, en général, anomalie dentaire.

Au point de vue pathogénie, M. Battesti se rallie à la théorie de l'arrêt de développement. Le maxillaire inférieur se développe aux dépens de deux arcs latéraux qui, cheminant l'un vers l'autre, se fusionnent de bonne heure, vers le vingt-cinquième jour de la vie embryonnaire. Que pour une raison souvent difficile à déterminer, cette coalescence ne se produise pas, et l'on se trouvera en présence d'un bec-de-lièvre médian inférieur, mais cette fusion rapide explique d'autre part l'extrême rareté de cette affection ; les causes perturbatrices occasionnantes pouvant difficilement exercer leur action sur l'embryon à cette époque.

(BATTESTI, *Thèse de Paris,* 1909.)

L'angio-lupoïde de la face.

Sous ce nom, MM. Brocq et Pautrier, de Paris, décrivent une lésion spéciale de la face dont ils ont observé six cas en ces dernières années. Les lésions paraissent occuper surtout le nez ou les sillons naso-géniens, en particulier aussi la région qui avoisine l'angle interne de l'œil.

Ces lésions sont caractérisées par des plaques presque planes ou franchement saillantes, ovalaires ou arrondies, d'environ 2 c. 1/2 de long sur 1 de large ; en général peu nombreuses. De couleur rouge violacé, elles prennent par la pression une teinte jaunâtre. L'épiderme qui les recouvre est mince, lisse, sans squames ni traces d'atrophie cicatricielle. On perçoit à leur surface un réseau important de fines télangiectasies. Au toucher, elles donnent une sensation d'infiltration molle mais accentuée.

Affection à marche lente, se rencontrant en général chez les femmes à antécédents tuberculeux.

Au point de vue anatomo-pathologique les lésions sont constituées par un tissu tuberculeux franc, analogue à celui du lupus vulgaire, mais l'inoculation à l'animal et la recherche des bacilles semblent être négatives.

Ce sont des tuberculides (tuberculoses cutanées, atypiques).

(*Congrès Int. de Méd.,* Budapest, 1909.)

Traitement des aphtes par les applications locales de formol.

Le docteur Dessirier, de Lyon, préconise le formol comme traitement des aphtes. Les applications de formol ont l'énorme avantage d'en rendre l'évolution plus courte et d'amener rapidement la cicatrisation. Il suffit de faire deux fois par jour à l'aide d'un très petit tampon de coton hydrophile une application locale de la solution ordinaire de formol à 40 p. 0/0 en ayant soin de déterger dès la première application le fond de la petite ulcération. Lors du premier attouchement, la cuisson est assez vive mais la douleur disparaît complètement en quelques secondes et ne reparaît plus. Cette action anesthésiante est remarquable, les mouvements des lèvres, la parole, la mastication, douloureux auparavant redeviennent aisés. Quelques applications suffisent en outre pour que l'ulcération perde rapidement son caractère atone et disparaisse ; on peut pour masquer l'odeur irritante et la saveur âcre du formol y ajouter quelques gouttes d'alcool mentholé.

(*Gaz. des Hôpitaux,* 21 sept. 1909.)

Note au sujet de l'élimination spontanée d'un calcul du canal de Wharton.

MM. Leuillier et Maurice rapportent l'observation d'une malade âgée de 39 ans qui depuis une dizaine d'années accuse du trismus avec douleur vive lorsqu'elle ouvre la bouche au niveau de l'articulation temporo-maxillaire.

Le 19 mai MM. Leuillier et Maurice constatent un gonflement et un œdème sous-maxillaire et sous-angulo-maxillaire. On perçoit de plus un ganglion assez volumineux au niveau de l'angle du maxillaire, la température oscille entre 38° et 39° ; un violent trismus contracte la mâchoire, la déglutition est impossible. On conseille des pansements chauds, humides et des lavages de bouche antiseptiques. Au bout de huit jours ces phénomènes s'apaisèrent, puis disparurent.

Un jour, subitement la malade est prise d'une violente douleur à la base de la langue, syncope. Quand elle revint à elle un calcul était expulsé. Calcul de 2 cent. de long environ en forme de noyau de datte avec un renflement à chaque extrémité. Le trismus a complètement disparu.

L'élimination spontanée des calculs du canal de Wharton est extrêmement rare. MM. Leuillier et Maurice pensent qu'autour du calcul une couche molle de cellules épithéliales et de mucus s'était amassée ; rétention consécutive, inflammation, phénomènes aigus. Le canal de Wharton céda, le calcul devint mobile et grâce à la contracture musculaire ou de la *vis à tergo* il s'élimina avec douleur vive. Le trismus et les douleurs au niveau de l'articulation temporo-maxillaire s'expliquent facilement par ce fait que toute la région est innervée par des branches du même nerf : le nerf maxillaire inférieur.

(*Monde Dentaire,* sept. 1909.)

Sur le sort du chloroforme dans l'organisme.

Des recherches antérieures ayant montré à M. Nicloux que pendant l'anesthésie les centres nerveux se chargent de quantités de chloroforme très différentes et directement proportionnelles à leur teneur en lipoïdes, il a recherché si cette fixation est seulement temporaire, le chloroforme ne faisant que traverser l'organisme ou si au contraire l'anesthésique subit au sein des tissus une décomposition plus ou moins grande. A la suite d'expériences M. Nicloux a constaté que les quantités de chloroforme disparues sont d'au moins vingt-cinq milligrammes par 100 grammes d'animal ; on peut en déduire que la proportion d'anesthésique transformé vraisemblablement suivant le mode de décomposition qu'il a signalé avec M. Desgrez en 1897, atteint plus de 10 o/o.

(*Société de Biologie*, 24-31 juillet 1909.)

Névralgie du trijumeau d'origine dentaire.

La distribution anatomique normale des branches du trijumeau explique, sans plus, que des affections de ses ramifications terminales, entre autres des filets qui se rendent à la pulpe dentaire et dans le voisinage des dents, puissent gagner par voie ascendante les troncs mêmes du trijumeau. M. Preiswerk fait remarquer qu'il ne faudrait pas croire cependant que les névralgies du trijumeau, malgré la fréquence des affections dentaires, soient souvent d'origine dentaire : bien au contraire. Pour lui ces cas sont même exceptionnels. Cependant, au point de vue thérapeutique, il faut toujours y penser, surtout lorsqu'on ne trouve pas d'autre cause à la névralgie (syphilis, alcoolisme, tabagisme).

Toute névralgie n'est pas occasionnée par une affection des filets terminaux ; il faut pour cela une prédisposition particulière du sujet (goutte, rhumatisme). Parfois, chez de tels sujets, il suffit d'un petit foyer inflammatoire tout à fait superficiel de la pulpe et même d'une simple et légère hypérémie, pour produire des crises névralgiques d'une intensité extraordinaire. En général ce sont les pulpites qui amènent ces crises. Plus tard, dans un stade plus avancé, lorsque la pulpe a été détruite en totalité, lorsque l'infection a gagné le périoste et l'os, les névrites ascendantes du trijumeau sont encore plus fréquentes.

Dans bien des cas, le diagnostic de névralgie d'origine dentaire est difficile par ce fait que la dent malade paraît souvent intacte extérieurement. Seule alors une radiographie peut déceler la lésion dentaire causale (par ex. les dépôts calcaires extra dentaires en saillies, aiguilles qui compriment, irritent les éléments nerveux de la pulpe, une dent en rétention, etc., etc.).

De la connaissance de la cause découlera la thérapeutique, et il est certain que des névralgies qui auront été traitées infructueusement par les médications les plus diverses, disparaîtront comme par enchantement lorsqu'on s'attaquera à la lésion dentaire causale.

(*Société de médecine*, Bâle, 27 mai 1909.)

Entérite et évolution dentaire.

M. Violi (de Constantinople) présente une statistique de 427 malades d'entérite, soignés à la clinique et hôpital international des enfants depuis 13 ans.

S'appuyant sur ses observations, il cherche à démontrer que l'évolution dentaire a une influence considérable sur le cours des maladies infantiles et spécialement dans l'entérite. Il conclut que l'on doit intervenir et débrider les gencives sitôt enflées afin de faire disparaître les symptômes sympathiques centripètes et centrifuges ; ce qui entraînent la guérison.

(*Congrès Int. de Méd.*, Budapest, 1909.)

Du traitement de la névralgie faciale par l'alcoolisation locale.

Pour M. Sicard (de Paris) ce traitement ne s'adresse qu'à la névralgie faciale essentielle et à certains cas de névralgie faciale secondaire d'origine périphérique. Le « névralgisme facial » ne saurait bénéficier de cette méthode, pas plus que les syndromes gassériens.

Les injections se feront suivant la topographie névralgique au niveau des trous ou canaux superficiels ou profonds. Le liquide à injecter qui donne les meilleurs résultats est l'alcool à 80° mentholé à 2 0/0 et novocaïné à 1 0/0. La quantité à injecter varie de 1/2 à 1 centimètre cube.

La guérison dure un à deux ans, parfois davantage. Elle est d'autant plus longue que le liquide a détruit plus intimement les fibres nerveuses responsables des algies. L'injection est bien réussie si l'on obtient l'anesthésie du territoire cutané ou muqueux tributaire du nerf injecté.

(*Congrès Int. de Médecine,* Budapest, 1909.)

Contribution à l'étude des lésions du foie d'origine chloroformique.

Il est un fait avéré, dit M. Aubertin, que certains malades succombent quelques jours après une intervention chirurgicale en présentant le tableau de l'insuffisance hépatique aiguë ou subaiguë. Mais si les auteurs sont d'accord pour voir dans la destruction plus ou moins totale du foie, le facteur essentiel des accidents terminaux, ils ne le sont plus lorsqu'il s'agit de déterminer la part qui revient dans la génèse de ces altérations hépatiques à l'infection ou à l'intoxication par le chloroforme.

Si dans certains cas, l'hépatite est nettement due à l'infection, ce n'est pas à dire que dans ces cas l'intoxication chloroformique ne puisse jouer un rôle dans la production de la lésion hépatique en déterminant une prédisposition de la cellule hépatique, mais cette intoxication ne paraît avoir que l'importance d'un adjuvant.

Dans d'autres cas au contraire, l'infection est absente on ne peut retentir sur le foie que par l'intermédiaire de la circulation générale et l'on se trouve en présence nettement d'une hépatite aiguë chloroformique.

Dans ce cas le foie est gros, mou et présente à la coupe l'aspect typique du foie muscade. Histologiquement les lésions se présentent sous la forme d'une nécrose absolue des zones sus-hépatiques, accompagnée d'hémorragies capillaires.

Ce qui est intéressant, c'est que l'auteur a pu reproduire expérimentalement cette destruction du parenchyme hépatique, par l'intoxication chloroformique chez des cobayes ayant reçu sous la peau 1 c.c. de chloroforme et chez lesquels, après une anesthésie totale de plusieurs heures, la mort survint le troisième ou quatrième jour. M. Aubertin a constaté des modifications hépatiques semblables à celles que nous venons de décrire.

(*Arch. de Méd. Exp. et d'Anat. Path.*, juillet 1909.)

P. V.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

V^e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Berlin 23-28 août 1909.

COMPTE RENDU

(Suite[1].)

Par GEORGES VILLAIN, D. D. S.
Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

Deuxième assemblée générale, jeudi 26 août.

Le jeudi 26 août dans la grande salle du Reichstag se tint la seconde assemblée générale.

Le professeur Walkoff, président du Congrès, ouvre la séance et appelle à la présidence notre compatriote M. Francis Jean.

Trois sujets sont à l'ordre du jour. M. Francis Jean appelle à la tribune M. Römer, de Strasbourg, pour l'exposé du premier thème : *Pathologie de la pulpe et des dents.*

Le conférencier expose magistralement son sujet et le développe longuement à l'aide de projections. Les préparations qui nous sont montrées sur l'état de la pulpe à diverses périodes provoquent l'admiration de l'assistance.

Nous assistons à la transformation des vaisseaux, sous l'influence de l'irritation ; c'est d'abord la dilatation de ces vaisseaux, puis la disparition progressive de la pulpe coronaire par formation de dentine secondaire réduisant ces vaisseaux, puis les comblant.

Quelques préparations nous montrent la formation d'un liquide séreux, l'envahissement des vaisseaux par les leucocytes, la destruction des cellules périphériques des parois vasculaires.

Puis M. Römer fait passer devant nos yeux quelques cas très intéressants d'infections pulpaires à la suite de caries superficielles.

L'orateur examine ensuite la défense de l'organe pulpaire dans les pulpites chroniques ulcéreuses, l'abcès est isolé par la formation de nouveaux tissus.

L'action de l'acide arsénieux sur la pulpe, mal définie jusqu'à présent, est l'objet d'une étude sérieuse par le conférencier qui présente quelques préparations, montrant les transformations successives subites par l'organe à la suite d'une application de cet agent thérapeutique.

---

[1] V. *L'Odontologie* des 15, 30 septembre, 15 et 30 octobre 1909.

Les vaisseaux paraissent déchirés, il y a formation d'un thrombus qui se prolonge jusqu'au foramen apical, les globules rouges sont détruits; il y a, conclut l'auteur, nécrose de la pulpe.

M. Römer, longuement applaudi, cède la place à M. Fischer, de Greifswald, qui doit traiter le même sujet.

M. Fischer examine l'influence de l'état général sur les moyens de défense de la pulpe. Il nous fait part du résultat d'expériences qu'il poursuit depuis longtemps, expériences faites sur les animaux, sur des sujets sains ; il a obtenu la conservation de la vitalité pulpaire, celle-ci ayant formé du tissu de granulation autour du point infecté ; dans douze cas, aucune réaction ne se produisit. Sur les sujets dont l'état général était mauvais (diabète, tuberculose) il se produisit une infection totale de la pulpe.

M. Fischer fut à la hauteur de sa juste renommée: il traita la question à un point de vue scientifique élevé, on pourrait presque dire philosophique ; son travail, très remarqué, le place au premier rang parmi les continuateurs de l'œuvre de Miller.

M. Bönnecken, de Prague, devait également traiter ce sujet; mais le conférencier, s'écartant du thème proposé, parla de l'amputation de la pulpe.

Longuement notre confrère s'étend sur les difficultés multiples que nous rencontrons dans l'extirpation totale de la pulpe et de ses filets, dans les dents multiradiculaires. Il m'a semblé que l'auteur multipliait et exagérait beaucoup, en les généralisant, des difficultés qui relèvent le plus souvent du manque d'habileté de l'opérateur.

M. Bönnecken conclut à l'amputation de la pulpe parce que sur 9000 cas d'extirpation totale les résultats ne furent pas toujours très bons ! J'aurais bien aimé connaître les causes exactes des échecs et jusqu'à plus ample informé je ne les crois pas attribuables à la difficulté de l'extirpation des filets radiculaires ; je comprends mal la méthode préconisée pour éviter ces insuccès, la pulpe et les filets extirpés partiellement ne sauraient donner de meilleurs résultats, que leur extirpation totale, les deux opérations étant menées avec un soin également jaloux.

L'auteur cite une statistique d'amputation portant sur 11.000 cas dont les résultats sont satisfaisants. Il expose ensuite son traitement qui consiste en l'application d'acide arsénieux, la cavité étant préparée sous la digue ; cet agent thérapeutique est laissé 24 heures, on procède ensuite à l'extirpation de la pulpe, puis à des lavages ; la momification des filets est obtenue par une application de formol à 40 o/o. Le conférencier insiste sur la nécessité de renouveler la solution de formol fréquemment, toutes les semaines, afin d'éviter la décomposition très rapide de ce médicament, ensuite de couvrir les filets radiculaires d'une pâte au formo-thymol recouverte d'amiante, la chambre pulpaire étant enfin obturée au ciment.

M. Bönnecken termine en priant tous ses confrères de bien vouloir établir une statistique pendant 5 à 10 ans sur l'amputation de la pulpe afin d'aboutir à une conclusion précise sur les résultats.

Personnellement j'estime que 11.000 cas cités ont suffi à me faire une opinion précise, aussi je m'empresserai de ne pas suivre l'appel à l'amputation, estimant que moins je laisserai de pulpe dans une dent, moins grandes seront les chances d'insuccès; de la logique s'il vous plaît.

Le second thème mis à l'ordre du jour était : *L'importance de l'occlusion normale.*

Les quatre orateurs inscrits traitèrent brillamment le sujet à des points de vue différents, mais tous fort intéressants. M. Jackson, de New-York, appelé le premier, commença par ces mots qui indiquent surabondamment l'importance de l'occlusion normale et que chacun de nous devrait considérer comme un cas absolu :

« L'occlusion normale des dents est indispensable à la préservation de la carie et à l'accomplissement de la fonction à laquelle ces organes sont destinés. »

Puis le conférencier, avec sa compétence bien connue, expose les principes généraux de la correction des malocclusions, qui, dit-il, doit être accomplie dès leur apparition afin d'aider et de diriger la formation osseuse; les rapports de différents os, de diverses parties osseuses et des dents, étant étroitement liés.

Je ne saurais trop insister sur ces paroles de Jackson ; auront-elles parmi nos confrères l'écho qu'il est légitime d'en attendre ? je le souhaite ardemment. Puissent-elles contribuer à détruire cet adage professionnel trop profondément enraciné, d'après lequel il faut attendre que toutes les dents temporaires aient été remplacées par les permanentes pour entreprendre un redressement.

Les applaudissements qui saluèrent la conférence de M. Jackson ne sont pas éteints que S. Davenport, de Paris, qui lui succède à la tribune, est salué par des bravos nourris ; jamais ovation ne fut mieux méritée et plus à propos que celle qui acclama notre savant confrère. M. S. Davenport le premier combattit l'extraction systématique de la dent de 6 ans en signalant la nécessité du complément des dents pour le maintien de l'occlusion. 22 ans s'étaient écoulés depuis que M. Bogue, présent à la séance du Reichstag, était allé présenter et défendre le travail de son élève d'alors à New-York ; ce fut une révolution, là-bas, pour la masse des dentistes, ce fut une libération pour tous ceux qui essayaient de défendre, avec des arguments trop timides sans doute, la « clef de l'occlusion normale », 22 ans pendant lesquels un trop grand nombre de praticiens ignorèrent l'œuvre de Davenport et nos bons stomatologistes continuèrent (ils continuent encore) à préconiser cette extraction, 22 ans de retard, de mauvaise pratique professionnelle. Combien de bouches ravagées ! Et comme ces pensées traversaient mon esprit tandis que les mains battaient, j'avais envie de crier à l'imposture : 22 ans il vous a fallu pour comprendre et acclamer cet homme, pour juger cette théorie trop longtemps démarquée, trop brillamment défendue pour un autre champion par ses élèves qui la lui approprient aisément, battez des mains, mes confrères, battez des mains 22 fois plus, le champion de l'occlusion, S. B. Davenport, est enfin reconnu par toute la profession mondiale. Et Davenport modestement, comme nous le connaissons, exposa clairement ses opinions sur l'importance de l'occlusion normale, de son maintien, de son rétablissement, de sa restauration lorsque les organes ont disparu. Nous assistons à la plus simple et la plus séduisante démonstration de l'absurdité de la destruction de la *plus minime portion de tissu dentaire*. Destruction du point de contact, son mauvais rétablissement, destruction des sillons intercuspidiens (première et deuxième prémolaire supérieure notamment) et leur importance sur l'engrènement normale des dents pour le maintien du point de contact, tout cela fait, outre l'extraction, l'objet de l'étude du conférencier, qui examine ensuite le rôle de la courbe compensatrice et termine en évoquant l'œuvre de Bonwill à qui nous devons tout, dit-il, car Davenport comme tous les grands veut rester un obscur. L'assemblée ne fut pas sur ce point du même avis, on le lui fit bien voir, mes oreilles entendent encore.

M. Godon est ensuite appelé pour exposer ses idées sur ce thème; il envisage la question au point de vue physiologique et mécanique.

Après avoir remercié les organisateurs du Congrès d'avoir inscrit cette question à l'ordre du jour d'une assemblée générale, ce qui en montre toute l'importance, M. Godon rappelle les travaux précédents qui s'y rattachent, et notamment sa communication sur l'équilibre articulaire des dents et des arcades dentaires.

L'occlusion normale est une des conditions de cet équilibre articulaire, mais elle ne les comprend pas toutes.

Du reste il l'a définie ainsi :

« *L'occlusion normale est une position des arcades dentaires dans laquelle, celles-ci étant aussi étroitement rapprochées que possible l'une de l'autre de chaque côté de la bouche, on peut remarquer que le cuspide mésial de la première grosse molaire supérieure se trouve placé entre les cuspides mésial et distal de la première grosse molaire inférieure, le cuspide de la canine supérieure entre le cuspide de la canine et celui de la* 1^re^ *bicuspide inférieure ; qu'enfin toutes les autres dents supérieures et inférieures se touchent par leurs faces triturantes suivant les rapports anatomiques résultant régulièrement de la position des dents prises comme point de repère.* »

Il signale les autres rapports ou directions qui peuvent être anormaux avec une occlusion normale et reproduit la formule générale en huit articles qu'il a adoptée pour définir l'équilibre articulaire et les quatre lois qui la résument : 1° Loi de l'équilibre articulaire normal ; 2° Loi de rupture de l'équilibre articulaire ; 3° Loi de reconstitution de l'équilibre articulaire ; 4° Loi d'application du parallélogramme des forces à la démonstration de l'équilibre articulaire [1].

Il les commente et les démontre par l'application originale qu'il a faite du parallélogramme des forces à l'aide des quatre figures schématiques qu'il projette et explique, figures déjà bien connues pour avoir été présentées dans plusieurs Congrès et reproduites dans *L'Odontologie.*

Il répond aux différentes critiques qui y ont été faites et sur lesquelles nous n'insistons pas, un article y ayant été consacré dans le n° du 15 octobre 1909 de *L'Odontologie*, puis il termine par les conclusions suivantes : « L'occlusion normale ou mieux l'équilibre articulaire a une telle importance au point de vue physiologique que, lorsqu'il est compromis ou détruit, il en résulte de tels troubles dans les fonctions dévolues à la bouche et de telles conséquences pathologiques qu'il est nécessaire de le rétablir par les procédés qu'offrent la dentisterie opératoire ou la prothèse dentaire. »

Il ajoute que la formule qu'il a ainsi donnée de l'occlusion normale et de son importance répond également par l'affirmative à la question 3 posée par la section : « Est-il nécessaire de faire une pièce de prothèse à pont (bridge) pour maintenir l'espace créé par l'extraction antérieure d'une dent ? »

Quant à la question 6, *l'instruction en orthodontie,* se plaçant toujours au même point de vue, il termine sa communication en disant : « La même formule et les mêmes lois doivent former la base de l'enseignement de l'orthodontie, puisqu'elle a pour but la reconstitution de l'équilibre articulaire normal que les irrégularités dentaires compromettent ou détruisent. »

M. Körbitz, de Berlin, prend ensuite la parole et traite la question au point de vue historique ; c'est une mise au point utile venant bien à son heure. Il esquisse la lutte si longue qui divisa les odontologistes de l'autre côté de l'Océan et il regrette qu'aujourd'hui de trop nombreux confrères attachent peu d'importance au rétablissement de l'occlusion ; il n'a pas osé dire que ces confrères ignoraient cette importance ; ayons le courage de le reconnaître, c'est je crois la meilleure façon de remédier à cette ignorance : se bien connaître c'est se parfaire. Le conférencier attribue tout le mérite du mouvement définitif actuel sur l'importance de l'occlusion à S. B. Davenport, à qui il rend justice en termes éloquents, très longuement applaudis lorsqu'il termine sur ces mots : « Davenport doit être considéré comme le père de l'orthodontie moderne. »

---

[1] Voir *Lois fondamentales de l'équilibre articulaire des dents et des arcades dentaires, Odontologie,* 15 octobre 1909.

Le troisième thème était : « *La prothèse immédiate* ». Un seul orateur expose cette question, ce fut M. SCHRÖDER, de Berlin. Il critique les méthodes employées actuellement en Allemagne, il fait l'éloge de la méthode de Claude Martin trop méconnue dans son pays. Puis M. Schröder nous indique les modifications qu'il apporta à cette méthode : il a recours à la prothèse primaire d'abord, à la prothèse secondaire ensuite.

Il est fâcheux de constater que les orateurs inscrits ne répondirent pas à l'appel des organisateurs. Il est particulièrement regrettable qu'aucun de nos compatriotes spécialisés dans la prothèse restauratrice n'ait répondu à cet appel. On peut dire en effet, que cette branche spéciale de notre art a pris naissance en France et que c'est dans notre pays, notamment sous l'influence de Claude Martin et de Delair, qu'elle a acquis son plus complet développement.

M. Schröder dans sa communication regrettait qu'en Allemagne on employât peu la méthode de Claude Martin ; nous avons regretté tous que notre confrère lyonnais ne soit pas venu, ainsi qu'il l'avait promis, et nous avons également déploré l'absence de M. Delair. Il appartenait, en effet, à ces deux éminents confrères de venir mettre en lumière les bienfaits que la prothèse restauratrice peut rendre à l'humanité.

(A suivre.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

CHAMBRE SYNDICALE

EXTRAIT DU RAPPORT DE M. LALEMENT,

Secrétaire.

Présenté au Conseil de direction de l'A. G. D. F. le 30 octobre 1909.

Mes chers confrères,

Depuis notre dernière réunion la Commission syndicale a continué de fonctionner sous l'impulsion de son dévoué président, dont l'activité est bien connue et à laquelle on ne saurait trop rendre hommage. Pendant la période des vacances seulement, M. Delair a dû se décharger sur moi de la correspondance à laquelle donnent lieu les communications, offres, demandes, expertises, que nous recevons. J'ai fait de mon mieux pour le suppléer, avec la crainte de ne pas y réussir, mais ma bonne volonté méritera — je l'espère du moins, toute votre indulgence.

La Commission syndicale s'est occupée, d'avril à octobre inclus, des questions suivantes : offres, demandes (au nombre de 106) ; litiges, plaintes, expertises (au nombre de 11), au total 117 affaires, représentant 63 insertions et plus de 80 lettres.

Ces chiffres témoignent que, si les membres de l'Association recourent à notre intervention, ils ne le font pas dans la mesure où ils le pourraient et où ils le devraient, puisque nos bons offices sont gratuits. Nous adressons donc un appel pressant à nos confrères membres du Groupement pour qu'ils réclament notre assistance dans toutes les circonstances où nous pouvons les aider efficacement et nous rappelons à ce propos que la Chambre syndicale est une branche neutre du Groupement et que tous ses membres, indistinctement, peuvent avoir recours à elle.

Nous avons réussi à donner satisfaction à bon nombre de demandes de placement d'opérateurs et de mécaniciens, nous avons été sollicités de faciliter des cessions de cabinets, mais c'est là un genre d'opérations qui sort des attributions de la Chambre syndicale et nous avons dû décliner l'offre qui nous était faite. Nous avons été consultés dans des litiges, nous avons eu la satisfaction de pouvoir régler les uns à l'amiable et d'obtenir pour les autres un désistement, enfin nous avons été chargés d'expertises dont nous nous sommes acquittés en nous inspirant des règles de l'équité ; aux plaintes non justifiées nous n'avons pu donner satisfaction.

Je ne voudrais pas laisser dans l'ombre des côtés plus importants que M. le président tient à vous signaler.

Vous savez que, d'après les statuts actuels, seul le président de l'Association a qualité, avec l'autorisation du Conseil, pour introduire une instance judiciaire ou transiger, et que, seul, le trésorier a qualité pour représenter la Société en justice. Il en résulte que, lorsque la Chambre syndicale est saisie d'une plainte pour exercice illégal, par exemple, elle n'a aucun pouvoir effectif pour engager l'action, elle est obligée de demander la convocation du Conseil pour en obtenir l'autorisation, et cette autorisation ne peut même pas lui être donnée valablement. Ou bien, si elle prépare les éléments de la poursuite, elle n'a là qu'un rôle subalterne accessoire et elle doit s'effacer alors devant le président ou devant le trésorier.

Il y a là des dispositions qui gênent un peu le fonctionnement de la Chambre syndicale et que nous vous demanderons de modifier en procédant à la révision des statuts, afin de faciliter et de rendre plus actif encore le fonctionnement de cette branche de notre Association qui a déjà rendu de très grands services et est appelée à en rendre de plus grands encore.

C'est en émettant le vœu de ces modifications que je terminerai le rapport que j'avais à vous présenter.

LIVRES ET REVUES

Essais, indications et doses des produits pharmaceutiques de la Compagnie Parisienne des couleurs d'aniline de Creil.

La Compagnie Parisienne des couleurs d'aniline, consignataire de la maison Meister Lucius et Bruning de Hœchst sur le Main, a mis à notre disposition un codex de ses produits pharmaceutiques. Ce codex contient une innovation intéressante : il indique les réactions d'essai de chaque produit, ce qui permet d'en constater la pureté.

Voici, extraites de ce volume, les réactions d'identité et l'essai de la novocaïne et de l'adrénaline.

Réactions d'identité. La novocaïne présente les réactions générales des alcaloïdes ; la solution de bichlorure de mercure provoque dans la solution aqueuse un précipité blanc ; la solution iodée, un précipité brun ; l'acide picrique, un précipité jaune.

Les alcalins produisent dans la solution un précipité blanc soluble dans l'alcool et l'éther, de réaction fort alcaline. La solution d'azotate d'argent donne un précipité blanc soluble dans l'ammoniaque.

Un mélange de parties à peu près égales de novocaïne et de protochlorure de mercure se colore, si on l'additionne d'alcool étendu, en noir, à la façon de la cocaïne.

Une solution de 0.1 gr. de novocaïne dans 5 cc. d'eau donne, après addition de deux gouttes d'acide chlorhydrique étendu et de deux gouttes d'une solution d'azotite de sodium, dans une solution alcaline de B-Naphtol, un précipité rouge écarlate.

Si l'on mélange une solution de 0. 1 gr. de novocaïne dans 5 cc. d'eau et trois gouttes d'acide sulfurique étendu avec cinq gouttes d'une solution de permanganate de potassium, la couleur violette disparaît tout de suite (réaction différente de celle de la cocaïne).

Essai. 0.1 gramme de novocaïne doit se dissoudre sans coloration dans un mélange de 1 cc. d'acide sulfurique et 1 cc. d'acide azotique. L'hydrogène sulfuré ne doit pas modifier les solutions de novocaïne.

La solution aqueuse à 1.10 doit être incolore et claire ; elle ne doit pas ou du moins à peine, rougir le papier bleu de tournesol.

Une solution de 0.1 gr. de novocaïne dans 1 cc. d'acide chlorhydrique à 7 0/0 et 5 cc. d'eau, essayée d'après Gutzeit, en vue de la recherche de l'arsenic, ne doit pas, après deux heures, avoir donné de réaction d'arsenic (voir p. 8).

0.1 gr. de novocaïne, calciné sur lame de platine, ne doit pas laisser de résidu.

Réaction d'identité. Si l'on dissout dans l'eau une trace de suprarénine avec l'aide d'acide chlorhydrique étendu, la solution se colore en une belle teinte vert émeraude en présence de la solution de perchlorure de fer ; après addition d'ammoniaque, on obtient une coloration rouge carmin. Avec l'acide oxalique, on ne peut obtenir avec la base un sel résistant à l'air et cristallisable.

Essai. La suprarénine doit se dissoudre d'une façon complète dans l'acide étendu et dans la soude caustique liquide diluée.

Une solution de suprarénine dans une solution alcoolique d'acide oxalique doit rester limpide, même après un long repos.

Calcinée sur lame de platine, la suprarénine ne doit laisser aucun résidu pondérable.

Avec l'acide borique, la suprarénine donne un sel facilement soluble dans l'eau.

On trouve dans le commerce la suprarénine sous les formes suivantes :

1° Suprarénine crist. très pure.

C'est la substance chimiquement pure, augmentant la pression sanguine, des capsules surrénales. Elle est insoluble dans l'eau.

Tubes contenant 0.05 gr.

2° Solution de chlorhydrate de suprarénine à 1:1000.

Solution stérile, prête à être employée, préparée à l'aide de la solution chlorurée sodique physiologique, contenant 0.9 0/0 NaCL, et à laquelle on a ajouté, pour qu'elle se conserve mieux, 0.6 gr. pour 1000 de thymol. La teneur en suprarénine cristallisée est de 1 pour 1000.

Flacons de 5, 10 et 25 cc.

3° Borate de suprarénine.

Commode pour préparer de petites quantités de solution fraîche. Pour obtenir une solution de 1 pour 1000, on prendra, pour 50 cc. de solution chlorurée sodique physiologique, 0.065 borate de suprarénine.

Tubes de 0.065 gr.

4° Solution de borate de suprarénine à 1 : 1000.

Solution stérile, prête à être employée, préparée avec une solution physiologique chlorurée sodique (0,9 0/0 NaCL). Teneur en suprarénine crist. très pure 1 pour 1000.

Flacons de 5, 10 et 25 cc.

Les dilutions des solutions de suprarénine à 1:1000 doivent être préparées avec la solution stérilisée chlorurée sodique physiologique (0,9 0/0 NaCL).

Les solutions de chlorhydrate ou de borate de suprarénine supportent l'addition de cocaïne novocaïne atropine éserine sulfate de zinc, sans se décomposer.

NÉCROLOGIE

Notre confrère M. Chompret, président de la Société médicale des dentistes des hôpitaux, vient de perdre son beau-père, M. Thomas-Bassot, ancien maire de Gevrey-Chambertin.

Nous lui adressons nos condoléances.

NOUVELLES

Exposition de Berlin.

L'Ecole dentaire de Paris a obtenu pour son exposition à l'Exposition dentaire internationale annexée au 5^e Congrès dentaire international de Berlin la médaille d'argent fondée par le Ministre de l'Instruction publique, des Cultes et des Affaires médicales de Prusse.

A. G. D. F.

Le Conseil de direction de l'A. G. D. F. s'est réuni le 30 octobre.

Il a décidé que l'Association participera à l'Exposition de Bruxelles (1910) dans la section des syndicats et a chargé M. Delair d'y représenter l'Association et d'organiser l'exposition de cette dernière.

Il a entendu lecture d'un rapport de M. Lalement (Paris) sur la Chambre syndicale, dont nous publions un résumé d'autre part, et adressé à MM. Lalement et Delair des remercîments et des félicitations pour leur action à cette Chambre.

Il a décidé que M. Delair sera adjoint à la Commission de revision des statuts, a accordé diverses bourses et adressé des félicitations à MM. Richer, Vichot (Angers), Rigolet, Rebel et Lefèvre (Parthenay), qui ont reçu des distinctions honorifiques du Ministre de l'Instruction publique.

École dentaire de Paris.

La séance de réouverture des cours et de distribution des récompenses aura lieu le samedi 27 novembre à 9 heures du soir, à l'Ecole, sous la présidence de M. Bienvenu-Martin, sénateur, ancien Ministre de l'Instruction publique, assisté de M. P. Strauss, sénateur, président du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, et de M. Mesureur, directeur de l'Assistance publique.

Congrès d'hygiène scolaire.

Le Congrès d'hygiène scolaire, qui devait avoir lieu à Paris au mois d'avril 1910, se tiendra du 2 au 7 août de la même année.

Distinctions honorifiques.

Nous avons le plaisir d'apprendre les distinctions honorifiques suivantes conférées à des membres de l'A. G. D. F.

Officiers de l'Instruction publique : MM. Lefèvre (Parthenay); Rebel (Paris).

Nous adressons nos félicitations à nos confrères.

A la licence ès sciences.

Nous avons la satisfaction d'apprendre que notre collaborateur M. H. Masson, D. E. D. P., D. D. S., D. F. M. P., professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris, vient de subir avec succès l'examen de licencié ès sciences. Il a été admis avec la mention *très bien.*

Nous lui adressons nos très vives félicitations.

Académie libre d'Odontologie de Rio-Grande-do-Sul.

Il a été fondé à Porto-Alegre, Etat de Rio-Grande-do-Sul (Brésil), une Académie libre d'Odontologie destinée à faire un cours de stomatologie aux chirurgiens-dentistes diplômés au Brésil. Ce cours, qui a une durée d'un an, comprend les matières suivantes :

1° Anatomie et physiologie relatives à la stomatologie ;
2° — — pathologiques —
3° Pathologie et bactériologie —
4° Médecine légale et déontologie ;
5° Clinique stomatologique.

A la fin du cours le candidat présente une thèse à la suite de laquelle il obtient le titre de docteur en odontologie.

Cette Académie a pour directeur M. Luiz Callho da Silva.

Cliniques dentaires scolaires.

Le Conseil municipal de Schöneberg (Allemagne) vient de décider la création d'une clinique dentaire scolaire, qui commencera à fonctionner le 1er avril prochain. Un dentiste y sera spécialement attaché et ne devra pas faire de clientèle privée. Il sera assisté d'une religieuse appointée.

Le Conseil municipal de Nuremberg (Allemagne) a décidé également la création d'une clinique dentaire scolaire où seront soignés gratuitement tous les enfants dont les parents y consentiront. Les dépenses permanentes sont évaluées à 50.000 francs par an environ, sans compter les frais d'installation.

Groupement de l'École dentaire de Paris et de l'Association générale des dentistes de France.

Nous publions ci-dessous la liste des membres admis dans le Groupement depuis le 12 juillet 1909 :

MM. Lionnel Duval.
Tenet Amédée.
Gressard Claude.
Gédon Maurice.
Smith Charles.
Hutin Georges.
Spaulding John.
Guirriec Henri.
Gody Jean.
Vérité Benjamin.
Fonsèque Alphonse.
Mlle Pinguet Germaine.
MM. Neumann Samy.
Jolivet Maurice.
Loynel Maurice.
Mousis Louis.
Véaux Louis.
Davigneau Pierre.
Guichard Henri.
Pégon Francisque.
Ruppe Louis.
Schneider Er.
Ash Robert.
Nicolaou Jean.
Da Silva Rodrigue.
Maudry Joseph.
Villas Blaise.
MM. Butter Alfred.
Lépinay André.
Cottarel Nizier.
Steichen Jules.
Dejouany Alexandre.
Sauvigny Paul.
Kiss Eugène.
Batouchansky Boris.
Rhein Théodore.
Crocé-Spinelli Guy.
Redelinger Gabriel.
Kyrièris Athanase.
Roncin.
Masrouby Fernand.
Mme Malteau-Oudot Yvonne.
MM. Marinetti Barthélemy.
Schawinsky Gustave.
Mme Gripon Zélie.
MM. le Dr Aldo Maggioni.
Latour Ernest.
Gleyse Joseph.
Sauvanet Jules.
Mme Desay Irma.
MM. Huguet Georges.
Gouthière Victor.
Seitz.

29e ANNÉE. N° 22 30 NOVEMBRE 1909 VOL. XLII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

MODIFICATIONS AUX APPAREILS DE REDRESSEMENT A POSTE FIXE

Par FRANCIS JEAN,
Professeur à l'École dentaire de Paris.

(Communication au Congrès de Berlin, août 1909.)

En orthodontie, les appareils à poste fixe par la méthode des bagues et arcs métalliques actionnés par des vis, des élastiques ou des ligatures métalliques causent des mécomptes contre lesquels il est bon de se mettre en garde.

La mise en pratique de ces systèmes expose le praticien le plus ingénieux et le plus clairvoyant, s'il n'a pas l'expérience de ces méthodes, à des complications qui augmentent quelquefois les difficultés et, par suite, retardent le but envisagé. La disposition des points d'appui, jointe à l'action des forces employées, ne répond pas toujours à l'attente du praticien. C'est pour cela que nous pensons exposer les inconvénients signalés et les moyens de les éviter.

Nos modifications ne réduisent pas beaucoup le système. Elles assurent une régularité dans la marche du traitement et tiennent compte de certaines questions de détail qui rendent plus tolérable l'appareil correcteur.

L'orthodontiste qui suit les progrès de son art en se tenant au courant des méthodes en question et en les mettant en pratique se soumet à un labeur opératoire personnel incomparable aux nécessités des appareils à plaques. Il est donc de toute importance de lui alléger la tâche en simplifiant autant que possible la fixation et le mécanisme de réglage, toutes choses qu'on peut rendre plus pratiques, ce qui n'est pas à dédaigner.

Les complications provoquées par les appareils en question dans les arcades dentaires qui en sont munies proviennent d'actions imprévues, sous forme de déviations accidentelles quelconques des dents à redresser ou non, telles que : rotation, inversion, enfoncement, émergence, etc. qui viennent aggraver le cas, tout au moins momentanément.

Le praticien qui applique à la lettre la méthode d'Angle, entre autres, a dû se rendre compte combien par exemple les griffes destinées à accrocher les tendeurs élastiques étaient irritantes, quelquefois dangereuses pour les muqueuses.

Personne non plus, ce nous semble, n'osera prétendre par exemple que les bagues à écrous, non scellées ne sont pas dangereuses pour les dents qui les supportent.

Les nombreux inconvénients du dispositif de ces appareils nous ont fait en toute occasion nous élever contre ces moyens d'attache, pour donner la préférence aux bagues ajustées sur les dents et scellées soigneusement après un minutieux nettoyage des organes destinés à être enveloppés par celles-ci.

La suppression de la vis et de son écrou allège l'appareil, facilite les mouvements de la langue et permet un nettoyage plus efficace, toujours difficile dans l'enchevêtrement de ressorts, fils élastiques, vis et ligatures.

L'application des bagues scellées n'est pas une innovation ; nous nous bornons à essayer d'en rendre l'adoption exclusive. Mais, ces appareils doivent être construits de toute pièce par les praticiens qui les emploient, et l'avantage en est surtout apprécié quand on a utilisé les accessoires tout faits que vendent les fournisseurs.

Sont-ce les modifications que nous avons apportées à ces accessoires qui nous ont amené à les abandonner? Peut-être. En tout cas, nous présenterons à votre appréciation ce par quoi nous les avons remplacés et vous en jugerez la valeur.

Exposé des modifications.

1° Les griffes des arcs meurtrissent les muqueuses, les lèvres et les joues.

Nous les remplaçons par des agrafes A (fig. 1) en forme d'anse qui ne peuvent ainsi léser les parties molles ;

2° Les écrous destinés à buter sur l'orifice des tubes dans lesquels glissent les extrémités des arcs sont souvent difficiles à mettre en mouvement et à régler.

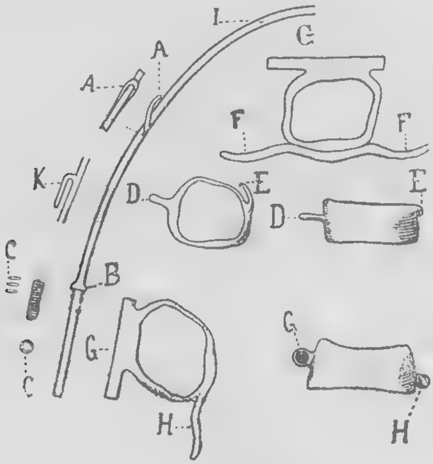


Fig. 1.

Nous les remplaçons par un anneau d'arrêt B (fig. 1) fixé sur l'arc et contre lequel on ajoute successivement une série d'anneaux métalliques mobiles C (fig. 1), dont on augmente ou on diminue le nombre suivant les besoins ; on obtient ainsi un réglage mathématique, nos anneaux ayant une épaisseur nettement déterminée ;

3° Pour l'application de l'ancrage de Baker la traction de haut en bas et d'arrière en avant ou vice versa produit le renversement des molaires servant de point d'appui.

Nous ajoutons, en plus de l'ancrage pour les grosses molaires, des bagues sur les premières prémolaires. Ces bagues sont munies d'un crampon D (fig. 1) servant de tuteur aux arcs en même temps que de point d'appui pour mouvoir la dent au besoin et d'une agrafe E (fig. 1) pour les tractions postérieures.

MODE D'EMPLOI DE LA FORCE INTERMAXILLAIRE PAR ARCS SANS VIS NI ÉCROUS.

Les appareils à vis ont le grave inconvénient d'être difficilement réglables, soit à cause de l'inexactitude de la force employée, soit à cause de la difficulté de mouvoir les écrous. Certaines bouches se prêtent mal à la manœuvre des clés. Tantôt on desserre plus ou moins ou l'on serre quand on croit avoir lâché ou inversement. Enfin, l'usure du pas de vis rend parfois l'action impuissante ou nulle.

Afin de rendre plus saillants les avantages des modifications que j'indique, je prendrai comme exemple un cas courant de prognathisme ou protrusion de l'arcade dentaire supérieure sur laquelle il faut opérer le saut de l'articulation d'une molaire à l'autre, remettre l'occlusion dans les conditions normales et permettre la rétroversion des dents antérieures.

Pour obtenir ce résultat nous avancerons par étapes au nombre de trois, qui porteront méthodiquement sur des groupes de dents choisis.

Première étape. — Toute la force portera d'abord exclusivement sur les grosses molaires supérieures que le recul amènera à l'occlusion normale.

Deuxième étape. — Les prémolaires seront soumises au même travail pour rejoindre et prendre contact avec les molaires et aboutir au même résultat.

Jusque-là les canines et incisives ne bougent pas et ce n'est que lorsque les petites et grosses molaires sont rangées normalement que nous agissons sur les dents antérieures.

Troisième étape. — Toute notre action portera sur les dents antérieures pour compléter la régularisation totale de l'arcade.

La marche du redressement dépendra du dispositif qui sera composé et actionné ainsi :

ARCADE INFÉRIEURE (fig. 2).

Dans cet exemple, toute l'arcade inférieure servira de point d'appui : toutes les dents antérieures et prémolaires seront solidarisées par des ligatures en fil de laiton, ainsi qu'il est d'usage courant, sur l'arc métallique, lequel aura ses extrémités arrêtées dans les tubes G (fig. 1) fixés sur la face jugale des bagues à attelle F (fig. 1, 2) des deux premières grosses molaires. L'extrémité de ces tubes devra servir d'ancrage pour les élastiques intermaxillaires dont le rôle sera constant.

Il va sans dire que les ligatures seront de temps à autre renouvelées pour pratiquer le nettoyage indispensable des dents.

ARCADE SUPÉRIEURE.

A. — Bagues sur chaque molaire de six ans munies, comme les inférieures, chacune d'un tube G (fig. 1) sur la face jugale et d'une attelle portant sur la face linguale H (fig. 1) des deux deuxièmes molaires. L'extrémité postéro-linguale de ces bagues sera munie d'une agrafe E (fig. 1) si l'utilité de l'attelle n'est pas démontrée.

B. — Bagues sur les deux premières prémolaires munies chacune du tuteur D (fig. 1, 3, 4, 5, 6, 7 et 8) sur la face jugale près du collet et d'une agrafe E (fig. 1) sur la face antéro-linguale venant en opposition à l'agrafe de la bague de la grosse molaire.

C. — Un arc métallique I (fig. 1 et 3) passant au niveau central de la face vestibulaire de toutes les dents et dont les extrémités s'introduisent à frottement aisé dans les tubes G (fig. 3) ménagés à cet effet sur les bagues des grosses molaires.

Cet arc sera muni de l'agrafe A de chaque côté, au niveau des canines, pour la traction intermaxillaire ainsi que de l'anneau d'arrêt B (fig. 1, 3, 4, 5, 6 et 7) fixé à environ un centimètre des extrémités pour en limiter la pénétration dans les tubes.

La mise en marche sera ainsi exécutée.

Première phase. — Une série d'anneaux libres C (fig. 1 5 et 6) qui représenteront la distance à faire parcourir aux molaires seront glissés successivement contre l'anneau d'arrêt B (fig. 1, 5 et 6) à chaque extrémité de l'arc de façon à écarter celui-ci des dents antérieures au fur et à mesure du recul des molaires et faire que toute la force ne porte que sur les grosses molaires jusqu'à ce que celles-ci soient en place convenable.

L'arc devra constamment, pendant toute la durée du redressement, être supporté par les tuteurs D (fig. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 et 11) que nous avons ménagés aux bagues des prémolaires, car c'est grâce à eux que nous éviterons le renversement des grosses molaires. C'est aussi grâce à ces tuteurs que nous favorisons l'engrènement des prémolaires et leur allongement, conditions souvent nécessaires pour surélever l'articulation dans les cas de prognathisme.

Deuxième phase. — A ce moment seulement le mouvement des prémolaires doit commencer. Pour cela, il suffit de retirer les anneaux graduateurs C (fig. 1, 5, 6). On écartera des dents antérieures l'arc de la distance à parcourir par les prémolaires. Cet écart sera maintenu par les crochets K (fig. 1, 7, 8 et 9) soudés spécialement à ce moment sur l'arc à environ un centimètre en avant de l'anneau d'arrêt B (fig. 7, 8, 9) pour saisir les tuteurs D (fig. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 et 11) fixés aux bagues des prémolaires. Pendant que sur la face jugale notre arc poussera les prémolaires, nous les tirerons sur la face linguale E (fig. 7, 8) pour nous opposer à leur torsion sur elles-mêmes.

Nous insistons sur ce point que, pour éviter la torsion des prémolaires, nous exerçons une traction compensatrice à l'aide d'élastiques partant de l'agrafe E (fig. 1, 7, 8) ménagée à la face linguale de la bague de la prémolaire et à celle ménagée également à cet effet sur la bague de la grosse molaire ou à l'attelle (fig. H) dont elle peut être munie. Les prémolaires viendront ainsi à leur tour progressivement prendre leur place d'occlusion et, quand elles seront en ordre, l'arc touchera les dents antérieures.

Il va sans dire que la puissance des élastiques sera subordonnée à la tolérance du patient, à la résistance de ses organes, à son âge et à la compacité de son tissu osseux.

Le mouvement des dents antérieures entrera en jeu ensuite.

Troisième phase. — Pour obtenir le déplacement des dents antérieures il suffit de supprimer les deux anneaux d'arrêt B (fig. 8) soudés près des extrémités de l'arc, ainsi que les crochets D (fig. 1, 7, 8, 9) des tuteurs de l'arc. S'assurer que le fonctionnement de l'arc dans ses tubes s'opère aisément. Les incisives entraîneront ainsi les canines, qui viendront en contact avec les prémolaires.

L'opérateur devra veiller attentivement à ce que l'arc glisse constamment sur les deux tuteurs côté droit et côté gauche fixés sur les deux prémolaires. Cette addition des tuteurs, qui est la principale de nos modifications des appareils à poste fixe, nous permet d'éviter la plupart des complications que nous signalions au début et assure à elle seule le succès de notre opération.

Si nous prenons un exemple inverse, c'est-à-dire le prognathisme ou la protrusion de l'arcade dentaire inférieure, le procédé sera inversement appliqué, c'est-à-dire que la traction intermaxillaire s'exercera en avant au niveau des canines inférieures et en arrière au niveau des molaires supérieures. Il est bien entendu que, dans ce cas, nos tuteurs seront fixés aux prémolaires inférieures, l'arc devant passer en dessous, le jeu de l'agrafe pour l'action compensatrice restant identique.

Nous avons l'habitude d'entendre des communications ne donnant que des résultats parfaits ; mon expérience, déjà ancienne, me fait croire, à juste raison, qu'on n'a pas toujours des résultats parfaits sans obstacles et je ne peux que m'élever contre cette mauvaise habitude. Je la trouve mauvaise à tout point de vue parce que d'abord elle n'est pas l'expression de la vérité et qu'elle empêche de faire jaillir cette vérité de nos réunions, qui n'ont pas d'autre but. Elle attire des

Début de la 1^re^ phase.

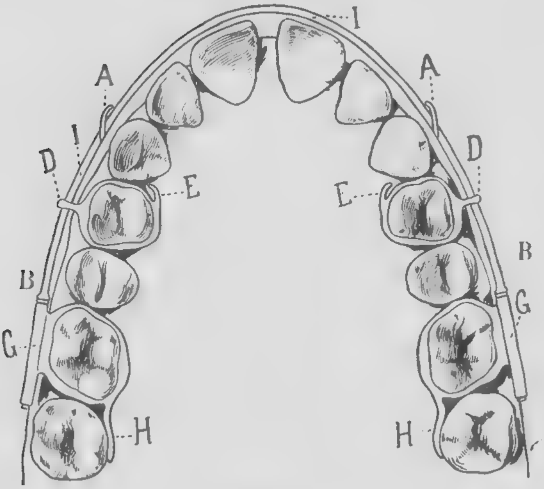

I
A
A
I
D
D
E
E
B
B
G
G
H
H

Fig. 3.

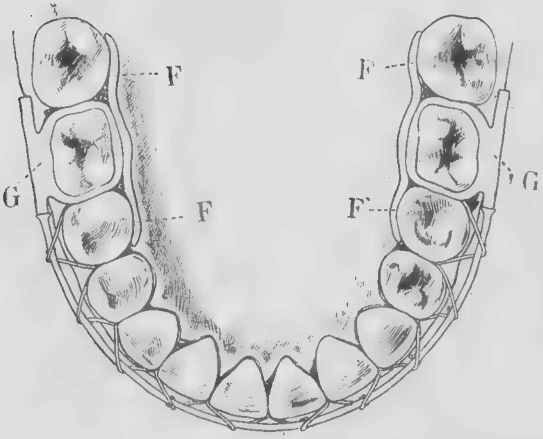


Fig. 2.

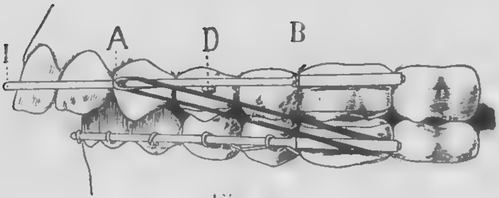


Fig. 4.

Fin de la 1re phase.

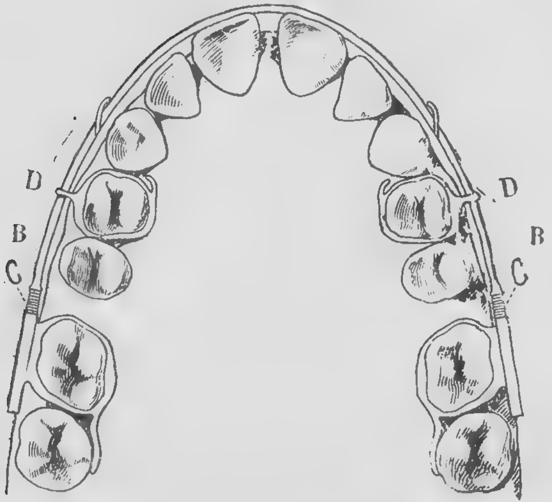


Fig. 5.

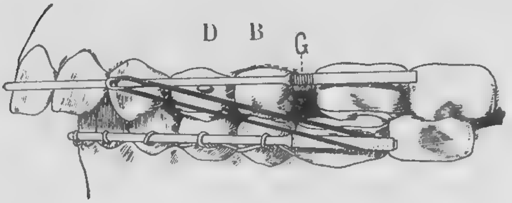


Fig. 6.

Début de la 2e phase.

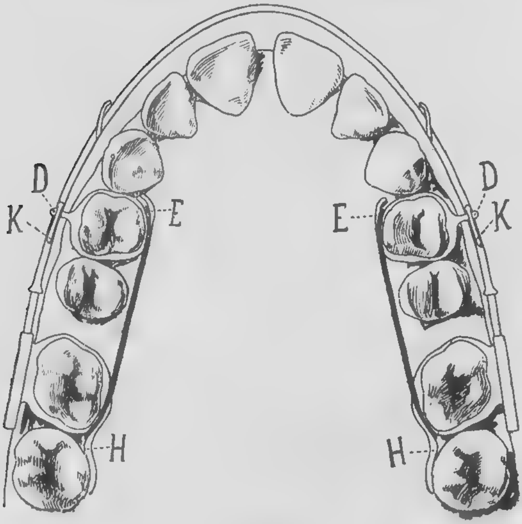


Fig. 7.

Fin de la 2e phase. — Début de la 3e phase.

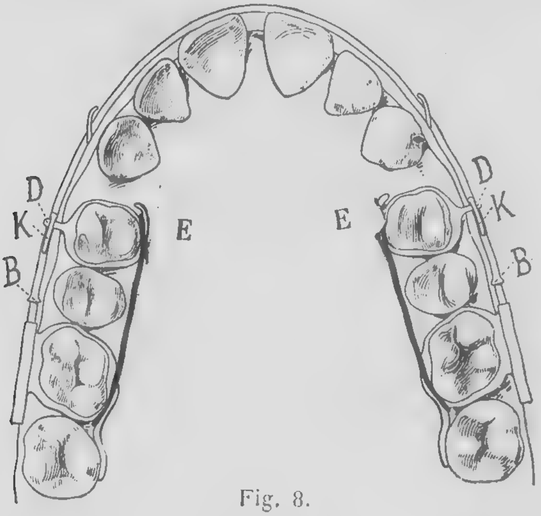


Fig. 8.

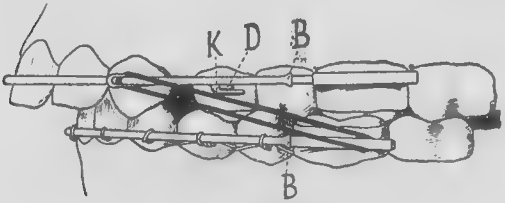


Fig. 9.

Fin de la 3e phase.

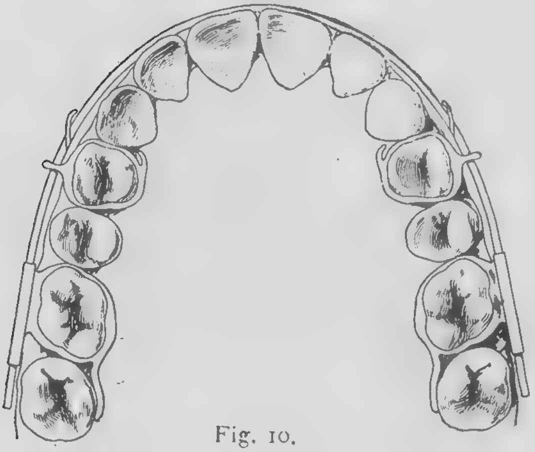


Fig. 10.

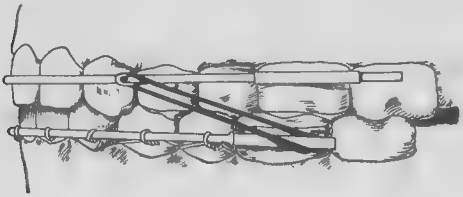


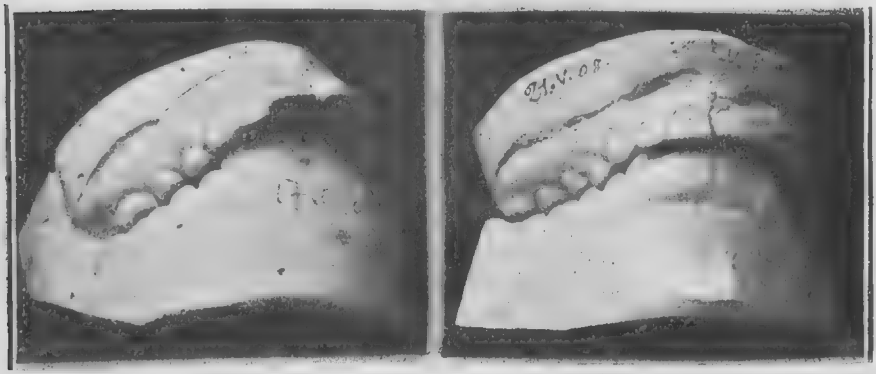
Fig 11.

mécomptes à ceux d'entre nous qui n'ont pas encore l'âge d'être méfiants et qui ne se mettent pas en garde contre les difficultés qui doivent survenir et que les auteurs de communications se gardent de leur signaler. Il est infiniment plus profitable, à mon sens, de signaler les difficultés opératoires, les complications, les mécomptes que chacun rencontre dans sa pratique de tous les jours. Personnellement nous ne pouvons nous flatter de résoudre facilement chacune des difficultés que nous sommes appelé à rencontrer et c'est faire œuvre profitable pour tous que de les exposer. De cette façon, nous nous rendons service à nous-mêmes en en facilitant la solution et nous rendons plus particulièrement service aux jeunes confrères en leur faisant voir, en leur faisant toucher du doigt la série des travaux, des recherches et des modifications qui nous ont amenés à vulgariser nos méthodes de travail, ou à essayer de le faire.

A l'appui de cette communication et pour justifier l'efficacité de notre méthode, nous présentons les trois cas suivants :

Première observation (fig. A, n° 1). Moulages des arcades dentaires, en date du 17 septembre 1907, d'une jeune fille de 17 ans. Dents saines et en nombre normal. Adénoïdienne guérie. Début du traitement pour une antéversion des dents antérieures ayant entraîné une malocclusion mésiale des petites et grosses molaires de la même arcade. La même figure (n° 2) représente les moulages après le traitement le 21 mai 1908.

Figure A.



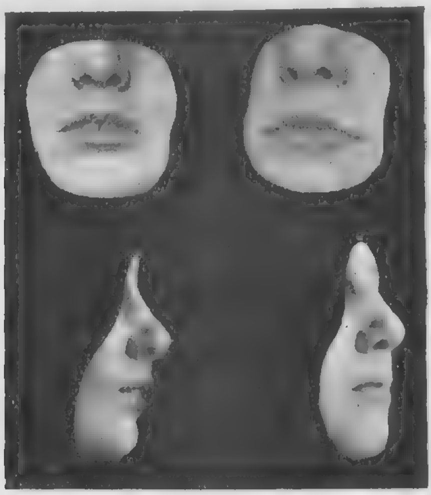
N° 1. N° 2.

Le sujet, qui habite la province, ne nous a pas réservé des séances aussi rapprochées que nous l'aurions désiré ; de plus l'inexactitude des rendez-vous et certaines petites complications de descellement de bagues ont augmenté la longueur du traitement. Aujourd'hui, après un an et demi de traitement, nous constatons que les choses se sont maintenues en place. L'harmonie de la face, qui était notablement altérée, est correcte à présent.

Deuxième observation (fig. B, n° 3). Face et profil d'une fillette de 12 ans présentant une antéversion des six dents antérieures supérieures accompagnée d'une malocclusion mésiale des petites et grosses molaires même arcade. Pas de contact interstitiel des incisives. Traitement commencé le 15 mars 1909, terminé fin juillet même année (fig. B, n° 4).

Les ascendants maternels présentaient la même anomalie.

Figure B.



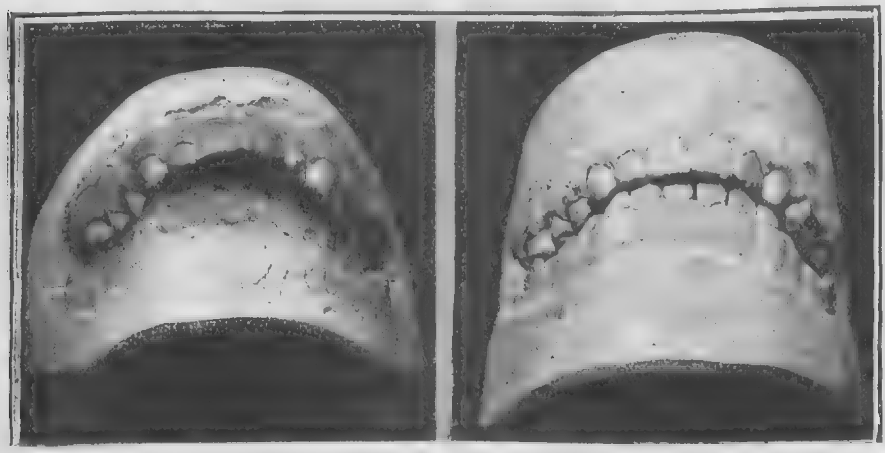
N° 3. N° 4.

Troisième observation. La figure C (n° 5) représente les moulages des arcades dentaires de Mlle L., âgée de 15 ans, atteinte de prognathisme du maxillaire supérieur. Dans l'occlusion habituelle des arcades dentaires, les bords tranchants des incisives inférieures, espacés de deux centimètres des talons des incisives supérieures, pénètrent fortement dans la gencive. Toutes les dents sont en contact interstitiel normal, sauf l'incisive latérale gauche supérieure qui se trouve en rotation sur l'axe.

Les petites et grosses molaires sont très peu sorties de la gencive. De plus les premières grosses molaires inférieures sont profondément cariées, sans lésion pulpaire. Pas d'antécédents. Développement général laborieux.

La figure D (n° 6) représente le profil du visage photographié en mars 1908.

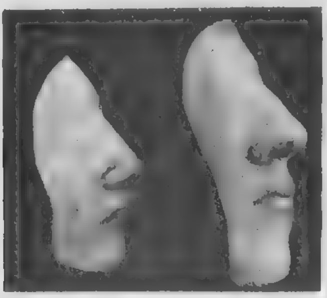
FIGURE C.



N° 5. N° 7.

Le redressement entrepris à cette date a été terminé en septembre 1909. L'occlusion des arcades dentaires est correcte et le facies normal. La figure C (n° 7) représente les derniers moulages et la figure D (n° 8), la dernière photographie.

FIGURE D.



N° 6. N° 8.

Cette patiente offrait cette particularité de la persistance des deux deuxièmes molaires temporaires gauches et d'un retard considérable dans l'éruption de ses deuxièmes molaires qui commencent à apparaître au maxillaire inférieur à la fin de son traitement soit à seize ans passés.

L'HYGIÈNE DENTAIRE A L'ÉCOLE

Par le Prof. JESSEN.

(Communication au Congrès de Berlin.)

Jusque vers l'année 1885, l'hygiène dentaire avait été complètement négligée en Allemagne. Tandis que les prescriptions relatives à l'hygiène corporelle générale étaient suffisamment bien observées, la médecine traitait encore l'art dentaire en marâtre.

En 1884, les premiers instituts dentaires furent fondés à Leipzig et à Berlin et plus tard à Breslau. C'est ainsi que fut consacrée l'entrée de l'hygiène dentaire dans le domaine de l'hygiène populaire générale. Au cours des années, d'autres établissements furent créés, de sorte que nous possédons à peu près dans chaque université un institut dentaire. Il est vrai de dire, que la plupart furent créés par l'initiative privée et ne jouissent pas encore dans une mesure suffisante de l'appui de l'Etat.

Le mouvement que nous avions créé ne prit pas encore un grand essor lors de l'ouverture de ces instituts, qui devaient naturellement poursuivre un but plutôt scientifique et servir à l'instruction de la jeunesse studieuse. C'est pourquoi l'importance de l'hygiène dentaire pour la santé générale du peuple n'était pas reconnue dans la mesure nécessaire. Toutefois la première semence était jetée par le fait qu'on traitait dans les cliniques universitaires les patients indigents.

Vers 1890, M. le Dr Röse, privat-docent à Fribourg en Brisgau, commença à examiner les écoliers et les soldats afin de démontrer à quel point la carie dentaire était répandue dans le public. Par les travaux qu'il publia, il rendit attentifs les cercles dirigeants aux dangers que cette maladie faisait courir à la santé publique. Ses efforts rencontrèrent bientôt des imitateurs parmi nos confrères.

Un autre pas en avant dans le développement de cette question fut fait grâce à la fondation de la policlinique universitaire de Strasbourg dans laquelle on ne se bornait pas à pratiquer des examens, mais dans laquelle on considérait comme but principal le traitement graduel des dents des élèves des écoles publiques et des soldats.

Ce fut là l'origine de la première clinique dentaire municipale qui commença à fonctionner en 1902 et se développa lentement en tenant compte des exigences croissantes.

En décembre de la même année fut ouverte à Darmstadt la clinique scolaire de l'Association des dentistes hessois sous la direction du président de celle-ci, M. Köhler. Le *Zahnärztliche Verein für Niedersachsen,* à Hanovre, avait déjà fondé une clinique scolaire populaire dans laquelle étaient traités les élèves des écoles. Les années suivantes, d'autres villes entrèrent dans le mouvement en fondant à leurs frais des cliniques dentaires scolaires.

Jusqu'à ce moment 33 villes d'Allemagne faisaient donner des soins dentaires aux écoliers. C'est grâce à ce mouvement, ainsi qu'à la distribution libérale de brochures relatives à l'hygiène dentaire, que non seulement les autorités et les classes cultivées commencent à attribuer une importance toujours plus grande aux soins à donner aux dents, mais encore une partie du peuple lui-même.

C'est ainsi que s'est répandue la connaissance de l'extension effrayante des maladies des dents et notre première thèse ne rencontre maintenant plus guère de contradiction.

I. — Il a été prouvé par l'examen des dents de 157.361 écoliers qu'en moyenne 90 o/o des enfants ont des dents malades. Si je compare avec ces données mes propres observations, je constate que nos premières recherches établissaient que, sur 10.000 enfants, il n'y en avait que 4,3 o/o qui eussent des dents saines. Le reste, soit 95,7 o/o, présentait un total de 103.456 dents cariées.

Il est inutile d'insister sur l'influence néfaste qu'un tel état de choses exerce sur le développement corporel et intellectuel de l'enfant. Les brochures, les conférences, les circulaires officielles ont attiré et attirent encore l'attention du public sur le fait que la bouche est la porte d'entrée de nombreuses maladies.

Les examens pratiques dans les écoles enfantines de Strasbourg démontrent que ces ravages commencent déjà dans l'âge le plus tendre. Notre ville possède 32 de ces écoles qui furent autrefois instituées par les Français et furent conservées après 1870.

Ces écoles enfantines furent fréquentées l'année passée par 4.371 filles et garçons âgés de 3 à 6 ans. Sur ce nombre, 2.269 furent examinés.

Le résultat fut le suivant : 9.427 dents malades, dont 1655 étaient entièrement détruites. Comme point de comparaison 2.103 enfants, la classe d'âge suivante (de 6 à 8 ans), furent examinés. On trouve déjà 11.701 dents malades, dont 3.392 étaient déjà complètement détruites. Par conséquent, parmi les tout petits enfants il n'y en avait que 16 0/0 et parmi leurs aînés que 7 0/0 qui avaient une denture saine. Parmi les plus petits 84 0/0 et parmi les plus grands 93 0/0 étaient malades. Cet accroissement énorme de la fréquence qui résulte de la transmission connue des maladies des dents, à moins qu'on ne lui oppose des barrières, marche toujours plus vite. Le remplacement des dents, qui s'effectue de 7 à 12 ans, n'a même pas le pouvoir d'arrêter cette progression car les dents permanentes ont à peine fait éruption qu'elles sont attaquées par les dents de lait restantes. Le résultat final à la sortie de l'école est, ensuite pour beaucoup d'enfants, une bouche tout à fait malade.

Nous ne pouvons plus alors observer le développement des maladies des dents que dans le sexe masculin lors du recrutement.

Malheureusement, je n'ai pas à ma disposition les données statistiques nécessaires. Je dois donc me borner à donner les résultats des examens pratiqués sur des soldats en service. Il fut procédé par différents dentistes à l'inspection de 10.148 hommes sur lesquels 578 seulement, soit 6 0/0, avaient une denture irréprochable.

Si l'on réfléchit que les soldats représentent déjà une fraction de l'humanité spécialement choisie comme la plus saine, il est évident qu'il faudra encore réduire ce pourcentage si l'on englobe encore les jeunes gens impropres au service.

Il est inutile de dire qu'un tel état de choses est extrêmement préjudiciable à l'école et à l'armée, d'autant plus, et je reviendrai plus tard sur ce point, que la carie dentaire favorise dans une très large mesure la propagation des maladies.

La lutte contre les maladies des dents pour le bien de l'école et de l'armée est donc pour les autorités une nécessité inéluctable.

II. — C'est à l'école que doivent être jetées les bases de toute l'œuvre. C'est donc le devoir des communes de créer d'une manière pratique, avec l'aide des autorités scolaires, des services dentaires dans les écoles. Les écoles publiques étant seules soumises à l'autorité municipale, c'est donc à cette porte-là qu'il faut frapper en première ligne et c'est ce qui est possible sans imposer aux communes de trop lourdes prestations.

Les expériences faites à Strasbourg nous fournissent quelques données utiles, bien que des circonstances spéciales aient dans cette ville considérablement diminué les frais. Pendant l'année 1908, la dépense à Strasbourg fut de 10.000 marks, pour 19.000 enfants. Nous avons pu établir que toute ville un peu grande doit dépenser par année 1 mark par enfant. C'est là une indication absolument maxima, et en satisfaisant à toutes les exigences d'un service complet.

Au commencement, à part les frais d'installation de la clinique, qui sont faits une fois pour toutes, les dépenses seront naturellement moindres. On ne pourra pas bien entendu, au commencement, mettre à exécution la totalité des dispositions prises, car il faudra d'abord convertir les enfants et leurs parents à l'idée de la clinique.

III. — C'est le maître d'école qui doit introduire le sujet et qui, dans des heures d'écoles appropriées, devra attirer l'attention des enfants sur l'importance de la santé de la bouche et des dents pour le corps entier. Le maître devra se mettre au courant de la question par son travail personnel ou déjà lors de son stage à l'école normale. Un très grand nombre de brochures sont à sa disposition dans ce but.

Pour l'instruction des enfants, il existe déjà des tableaux muraux appropriés. On devrait en trouver au moins un dans chaque école. C'est du reste ce que prescrivent les décisions des autorités (par exemple pour la Prusse le décret du ministère de l'Intérieur du 31 janvier de cette année), qui exigent que l'on fournisse aux enfants un enseignement par l'image de la construction et du fonctionnement du corps humain.

Mais cette instruction à elle seule, qui est déjà du reste obligatoire dans certaines écoles, ne suffit cependant pas encore, ainsi que l'expérience le démontre. Le but final doit être de faire donner par l'école des soins dentaires, aux frais de la commune pour les indigents, ainsi que cela se fait du reste dans beaucoup de pays.

IV. — Comment atteindra-t-on ce résultat ? Par des efforts simultanés des administrations communales, des autorités scolaires, des maîtres d'école, des médecins et des dentistes scolaires. Ce n'est que par un travail systématique fait en commun que l'on pourra arriver à un résultat. Dans les grandes villes, on créera des cliniques dentaires scolaires, dans les petites villes, nous devrons désigner des dentistes scolaires qui ne devront pas tout leur temps à leurs fonctions. Les circonscriptions de la campagne se grouperont et désigneront à poste fixe un dentiste scolaire en constituant, ainsi que cela a été déjà proposé plusieurs fois, une clinique dentaire scolaire « volante ».

V. — Si cette idée paraît inacceptable au premier moment, sa mise à exécution n'est cependant que l'adaptation aux circonstances spéciales qui se rencontrent à la campagne de la clinique dentaire scolaire, dont le centre d'organisation se trouvera dans ce cas dans le chef-lieu de la circonscription.

Pour les petites villes, il sera facile de trouver partout des locaux appropriés pouvant servir de cabinet dentaire et qui pourront être mis à la disposition du dentiste de sorte que, ici aussi, quoique dans une mesure plus restreinte, il existera une clinique dentaire scolaire, car un traitement systématique des enfants n'est possible que par une organisation pouvant exercer une surveillance sur les enfants dès leur entrée à l'école jusqu'à leur sortie.

Pour des villes peu importantes, il suffit d'une seule clinique dentaire scolaire. Pour des grandes villes, il faut une clinique principale avec des succursales.

VI. — Mais la fondation seule de la clinique n'est pas tout, il faut en faire sentir la nécessité au maître d'école, aux enfants et aux parents. C'est ainsi que des institutions sociales de bienfaisance d'un genre analogue devront apporter leur appui. Les expériences faites à Strasbourg ont conduit à ne permettre l'admission aux colonies de vacances qu'aux enfants munis d'un certificat de la clinique déclarant que leur bouche est en bon état ou qu'elle est en cours de traitement. Les 4.000 enfants qui fréquentent nos écoles enfantines, nos crèches, nos jardins d'enfants, ne sont pas admis dans ces institutions sans avoir reçu des soins dentaires.

Il en est de même pour les maisons de refuge, d'éducation et les orphelinats et autres institutions analogues.

Des investigations scientifiques dentaires prouvent également que ces prescriptions sont nécessaires dans les écoles spéciales pour les enfants arriérés.

VII. — Les recherches scientifiques du Prof. Miller, de Berlin, récemment décédé aux Etats-Unis, et dont la perte est irréparable, ont établi que la bouche est peuplée par d'innombrables micro-organismes, parmi lesquels il en est beaucoup qui provoquent des maladies contagieuses, entre autres la tuberculose.

Les maladies infectieuses ne pénètrent pas seulement dans l'organisme par la voie de la bouche, mais encore elles sont transmises à d'autres personnes. Pour en empêcher la propagation, la santé de la bouche est indispensable en tout premier lieu.

Ainsi que je crois l'avoir démontré, on ne pourra, en ce qui concerne les masses, atteindre ce but que par les soins dentaires donnés à l'école, c'est-à-dire par la création de cliniques dentaires scolaires, dont la signification à ce point de vue devient primordiale.

VIII. — La création de cliniques dentaires scolaires n'est par conséquent qu'une affaire de temps. De nombreuses villes en possèdent déjà ou sont en train d'en instituer.

Ce fait prouve déjà par lui-même le succès de nos efforts. Il se trouve confirmé par les expériences faites à Strasbourg.

Si nous ne pouvons pas, vu la nouveauté de ces créations, prouver par des chiffres quel sera, dans leur vie future, le résultat éloigné du traitement donné aux enfants dans le plus jeune âge, nous pouvons cependant déjà constater les effets heureux sur les jeunes patients traités actuellement.

Les observations faites par les maîtres d'école sur les enfants traités, sont probantes en ce qui concerne les résultats acquis au point de vue de l'enseignement. Sur l'ordre des autorités scolaires municipales, les maîtres et maîtresses ont dû déposer des rapports écrits sur ces observations. M. Motz, inspecteur scolaire de district, en résume la substance dans les lignes suivantes :

« L'école et la clinique dentaire scolaire ont apporté aux
» parents, aux enfants et aux maîtres d'école une meilleure
» compréhension de l'importance des soins dentaires et
» amélioré les forces physiques et intellectuelles des éco-
» liers, en même temps qu'elles permettaient de consacrer
» plus de temps à l'étude. »

Lorsque ces observations auront été confirmées par les résultats acquis dans d'autres villes, le succès général sera acquis de lui-même.

Après la lecture de ce rapport et pour compléter les indications que je viens de donner, je me permettrai de retenir votre attention pendant quelques minutes encore pour faire passer sous vos yeux une série de projections qui montreront de quelle manière on peut, dans la pratique, faire comprendre l'importance des soins dentaires et comment le travail du dentiste doit rencontrer l'appui des membres du personnel enseignant.

REVUE DES REVUES

REVÊTEMENTS D'OR OU D'OR PLATINE CIMENTÉS POUR LES OBTURATIONS A L'AMALGAME OU LES AURIFICATIONS

Par J. LÉON WILLIAMS.

Pour les obturations à l'amalgame je tapisse préalablement la cavité avec un revêtement cimenté d'or et de platine, l'idée étant que l'introduction d'une feuille très mince de platine empêche le mercure de l'amalgame de détruire la matrice et de teinter la substance de la dent ; tandis que la plus grande partie de l'épaisseur de la matrice qui se rapproche des parois de la cavité étant en or permet une adaptation plus parfaite et un brunissage plus parfait aux bords de la cavité. J'ai également employé cette combinaison pour les inlays de porcelaine.

La matrice pour les amalgames et les aurifications se prépare comme pour les inlays de porcelaine. Pour les premiers, la matrice étant ajustée, procéder ainsi : préparer plusieurs boulettes de coton absorbant, malaxer le ciment, en enduire la cavité, introduire la matrice et la mettre en place en foulant solidement les boulettes de coton dans la matrice. Les bords de la matrice sont alors soigneusement brunis en place, ce qui est la phase la plus importante de l'opération. Faire cela très vite, mais complètement, pour assurer une jointure parfaite. Puis brunir, poser une autre boulette de coton sur le tout étendre dessus et tenir, sans mouvement latéral, une bande de digue de caoutchouc épais, pendant deux minutes environ si l'on emploie un ciment à prise rapide. On peut alors enlever le coton. Si la matrice est déchirée, les fibres du coton s'attacheront et s'enlèveront avec quelque difficulté. Quelques-uns aiment mieux introduire l'amalgame directement dans la matrice, mais je préfère la méthode décrite ci-dessus. Introduire alors l'amalgame et achever l'obturation, mais je finis les bords à un deuxième rendez-vous. L'opération peut toutefois être achevée en une séance si l'on emploie un amalgame à prise rapide.

Tous ceux qui disent que les échecs des obturations sont dus à l'étroitesse des espaces ont parfaitement raison.

Il y a plusieurs années j'ai appelé l'attention sur ce que les échecs étaient dus principalement à des imperfections microscopiques et impossibles à découvrir au moment de l'opération. Mais la méthode ci-dessus donne une obturation exempte de défauts microscopiques, si elle est exécutée avec soin. Pour la matrice je n'emploie jamais un numéro plus fin que le 60. Cela donne assez de substance pour brunir et finir un bord marginal parfait et l'on ne peut rien obtenir se rapprochant de la perfection de ce bord par un autre procédé.

Pour l'or j'emploie la matrice d'or numéro 60 avec le ciment ou sans ciment, mais on atteint le maximum de la perfection si les bords d'émail sont entièrement exempts de ciment. Avec cette matrice au début le fouloir ne vient jamais en contact avec les bords de l'émail. Si ces bords ont été bien préparés, ils restent en parfait état. Dans toutes les cavités proximales j'emploie une matrice d'acier. L'or 60 plié sur les bords de la cavité empêche la matrice d'acier de venir en contact avec la dent et donne assez d'épaisseur pour finir un bord parfait.

Quand les parois de la cavité sont solides, l'opérateur habile fera mieux d'avoir des bords d'émail nus ; avec des parois faibles et pour l'opérateur moyen, la matrice de ciment est préférable, mais avoir grand soin de forcer et de brunir le bord de la matrice rapidement après avoir cimenté et alors attendre jusqu'à ce que le ciment ait durci avant de procéder à l'obturation. Le revêtement de ciment avec ces obturations est beaucoup plus beau que celui que donne tout inlay coulé ou cuit. Pour compléter l'aurification j'emploie l'or Solila pour les deux tiers et je finis avec de la fibre de mousse et des feuilles épaisses et je ne martèle que les couches extérieures. Ce procédé permet de travailler très rapidement et les résultats sont bien supérieurs à tous autres ; il évite la destruction d'une grande partie de la substance de la dent, car il n'est pas nécessaire que l'ouverture de la cavité soit aussi grande que la partie intérieure.

Quiconque essayera cette méthode renoncera certainement au vieux procédé de travail de l'or ou de l'amalgame.

Hodson, de New-York, pour les aurifications préfère plusieurs couches d'or mince non cohésif et pour les amalgames la feuille d'étain. Suivant moi, cette méthode ne donne pas la jointure parfaite que je cherche à avoir entre la matière obturatrice et la paroi de la dent, surtout aux bords de la cavité. Il y a suffisamment de substance dans l'or numéro 60 ou dans l'or platine pour permettre un brunissage parfait de la matrice sur le bord de l'émail, et pour les amalgames le brunissage doit être complètement fait avant l'introduction de l'amalgame. Cela n'est pas possible avec la feuille d'étain.

Je n'ai jamais vu la méthode Hodson employée. Pour les aurifications je préfère la matrice d'or n° 60 à plusieurs couches d'or non cohésif, que la matrice soit cimentée ou non. Dans le premier cas, les avantages de l'or cohésif épais sont évidents et si la matrice n'est pas cimentée il y a avantage à avoir une surface cohésive pour commencer l'obturation. Mais je ne vois pas pourquoi la matrice ne serait pas toujours cimentée au fond de la cavité. Une couche de ciment sous l'or supprime la conductibilité et tient l'or en place, tandis que l'obturation est complétée. Sauf dans les très grandes cavités une aurification faite par ce procédé peut être achevée en moins de temps qu'un inlay coulé.

Des inlays coulés sont très durables, tandis que leur brunissage ne peut donner qu'une désillusion. Toute tentative de brunissage des bords d'un inlay coulé doit avoir pour résultat de réduire en poudre le ciment qui est au-dessous dans la mesure où le bord est bruni, et celui-ci s'usera ou se brisera.

Le point le plus important c'est la perfection de la ligne de jonction de l'émail et de la matière obturatrice. La carie de l'émail est toujours le résultat d'une imperfection permettant aux bactéries qui amènent la carie de trouver à se loger. Tout procédé d'obturation des cavités cariées donnant l'union la plus parfaite entre la matière obturatrice et le bord de l'émail diminue, suivant son degré de perfection, la possibilité que ces micro-organismes trouvent à se loger et à exercer leurs ravages.

(*Dent. Cosmos.*)

HYPERESTHÉSIE DE LA MUQUEUSE BUCCALE

M. Bönnecken, de Prague, désigne sous ce nom la maladie dans laquelle le revêtement épithélial de la cavité buccale réagit sous l'influence de tout irritant externe avec sensibilité exagérée en l'absence de toute altération anatomique. Elle est rare et ne se rencontre que chez les nerveux et peut être qualifiée de névrose de la membrane muqueuse.

Le symptôme principal est une sensibilité augmentant par l'emploi d'irritants externes jusqu'à une douleur aiguë de toute la muqueuse buccale. Le froid, le chaud, les aliments épicés, les boissons alcooliques et le cigare causent de la douleur dans la bouche.

Cette muqueuse et la gencive sont moins douloureuses que le dos et la base de la langue et la voûte palatine. Avec un régime non irritant les réactions sont légères et limitées à un sentiment de sécheresse ou de brûlure légère sur la muqueuse. S'il y a un écart de ce régime, la sensibilité peut causer une grande souffrance. La présence de toute cause d'irritation (pointes de dents, calculs salivaires, couronnes défectueuses) augmente l'acuité du trouble.

Après enlèvement de ces calculs et polissage des dents le patient est soulagé pour un temps et, en y ajoutant un régime approprié, la maladie disparaît jusqu'à ce qu'elle soit sous l'influence d'une formation tartrique par exemple.

L'étiologie est mal connue; toutefois le tabac y prédispose. Bönnecken ne l'a observée que chez des fumeurs, qui tous en faisaient remonter le commencement à l'abus du tabac. Pour lui beaucoup de glossodynies ne sont qu'une forme de l'hyperesthésie. La caractéristique est un manque de résistance de l'épithélium. Le pronostic n'est pas très favorable. Eviter tous les caustiques, toute intervention chirurgicale, la teinture d'iode et les dentifrices alcoolisés. Tenir les dents très propres, exemptes de dépôts calcaires. S'abstenir de tabac, de spiritueux; régime doux.

Le seul traitement efficace est un mélange de borax et de miel rosat en badigeonnage sur la zone douloureuse. Le borax en solution à 3 0/0 peut aussi servir comme bain de bouche. Mais surtout rassurer le patient et lui donner la tranquillité d'esprit en lui persuadant qu'il n'a pas une maladie sérieuse.

(*Dent. Surgeon*)

REVUE ANALYTIQUE

Sur la chloroformisation par voie intraveineuse. — Radiographie de maxillaires injectés pour montrer la marche et l'étendue de l'anesthésie dans les interventions dentaires. — Sur quelques nouveaux anesthésiques locaux. — Angiome du maxillaire inférieur. — Vaste abcès médiastinal provoqué par une carie dentaire. — L'anesthésie de la dentine, de la pulpe dentaire et des maxillaires par la méthode des injections distales. — Trois cas d'ostéite du maxillaire inférieur chez le jeune enfant.

Sur la chloroformisation par voie intraveineuse.

Dans l'anesthésie chloroformique par inhalation, suivant la pratique courante, le poumon n'est qu'un intermédiaire : c'est par le sang, dans lequel il pénètre, que le chloroforme est transmis jusqu'aux centres nerveux et peut exercer sur eux son action propre. Ceci étant, ne pourrait-on introduire l'anesthésique directement dans la circulation, par voie veineuse, supprimer de la sorte les accidents inhérents à la traversée pulmonaire, réduire la dose et la mieux préciser ? Telle est la question que M. Burkhardt s'est posée et qu'il a d'abord étudiée expérimentalement avant de l'appliquer à l'homme.

On n'injecte dans le sang que des solutions chloroformées ; M. Burkhardt dissout le chloroforme dans l'eau salée physiologique et il a constaté que 100 cc. de ce liquide contiennent, en solution saturée 0 gr. 96 centig. ou 0 cc. 63 de chloroforme. Chez les animaux il faut faire pénétrer le liquide anesthésique dans la veine jugulaire ; au bout de quelques minutes, après une certaine phase d'excitation, la narcose est obtenue ; mais bientôt le reflexe cornéen se montre de nouveau et il suffit de laisser passer une nouvelle dose de solution, dix ou vingt fois moindre que la première fois, pour continuer l'anesthésie, la quantité de solution à injecter varie bien entendu, avec chaque animal.

A la narcose complète correspond une certaine concentration de chloroforme dans le sang ; elle est de 0.0415 0/0, chiffre très voisin de celui que l'on trouve dans la narcose par inhalation. Cette teneur est très reduite comparativement à la quantité de chloroforme injectée dans la veine ; c'est qu'en effet l'anesthésique est obligé de traverser la petite circulation et il s'en élimine ainsi une grande quantité par la surface endo-pulmonaire. Il convient donc d'imprimer a l'injection intraveineuse une vitesse suffisante pour que la teneur du sang en chloroforme nécessaire à la narcose ne tarde pas trop à se réaliser et d'autre part de ne pas injecter trop vite, pour se mettre en garde contre les accidents cardiaques ; c'est ce qui rend la méthode difficilement applicable à l'homme.

M. Burkhardt l'a employée chez quatre malades, dans trois des cas on a noté de l'hémoglobinurie, de la cylindrurie, de l'albuminurie ; enfin la quantité d'eau salée à injecter peut être relativement considérable et rendre un peu plus abondante l'hémorragie opératoire. Cette méthode présente cependant des avantages indiscutables, c'est un procédé nouveau qui demande à être étudié.

(*Semaine médicale,* 8 sept. 1909, p. 423)

Radiographie de maxillaires injectés pour montrer la marche et l'étendue de l'anesthésie dans les interventions dentaires.

M. Aubourg présente au nom de M. Cavaroz des radiogrammes faits après injection d'une solution d'acétate de plomb dans l'espace diploïque et montre ainsi le mode de répartition du liquide, la capacité de cet espace, et le degré de perméabilité aux solutions injectées de la ligne de suture médiane des maxillaires. De ces recherches il résulte qu'il faut injecter au minimum 3 centimètres cubes de la solution anesthésique pour que le sommet des racines puisse y baigner (lorsqu'il s'agit du maxillaire inférieur) et que cette injection faite en un point quelconque du maxillaire, se répand jusqu'au côté opposé ; le lieu de l'injection est donc indifférent, quelque soit le point du maxillaire à anesthésier.

(*Société de Radiologie médicale de Paris,* 13 juillet 1909.)

Sur quelques nouveaux anesthésiques locaux.

Etudiant la cocaïne, cet anesthésique local d'antan, le professeur Reclus dit que les solutions à titre élevé étaient pour le moins inutiles ; parti des solutions à cinq pour cent, il est vite descendu à deux, à un, enfin à un demi pour cent. Et par des milliers d'observations heureuses il put prouver que ces solutions faibles, tout en restant analgésiques, avaient un premier avantage, celui, à dose égale, de nous fournir une masse analgésiante plus considérable. Un second avantage très important, c'est que à dose égale, les solutions faibles sont moins dangereuses ; c'est qu'en effet les accidents sont sous la dépendance de la quantité d'alcaloïde mise au même moment au contact des centres nerveux. De plus la rapidité avec laquelle les injections sont poussées joue aussi un rôle important ; si rapidement, une seringue à large débit inonde un tissu, des accidents graves peuvent éclater, même la mort.

La tropacocaïne, l'alypine ne doivent pas être employées étant aussi dangereuse et moins active.

Il n'en est pas de même de la stovaïne qui est deux fois moins toxique. La solution employée est de un demi pour cent et l'on peut employer jusqu'à 25 centigrammes sans crainte d'accidents. Ce produit a cependant quelques défauts. La stovaïne est un peu moins analgésiante que la cocaïne et un peu irritante ; de telle sorte que l'injection au lieu d'être indolore comme elle l'est avec la cocaïne est perçue par les malades. Enfin le professeur Reclus affirme que la stovaïne n'est pas vaso-dilatatrice et ne provoque pas la gangrène des tissus où elle fut injectée.

Dans ces derniers temps, après s'en être longtemps défié, le professeur Reclus a expérimenté la novocaïne et les résultats obtenus ont été dit-il, vraiment remarquables. Ce produit est le moins toxique des analgésiques usités et serait peut-être aussi le moins irritant.

L'anesthésie locale devrait être employée plus souvent qu'on ne le fait. Malheureusement c'est une méthode qui a besoin d'être apprise et longuement.

(*Journal des Praticiens,* 18 sept. 1909, p. 593.)

Angiome du maxillaire inférieur.

M. Morestin a observé un cas typique de cette affection, excessivement rare chez une jeune femme de 26 ans. Si en effet, les tumeurs pulsatiles, dites encore anévrysmes des os, ne sont pas très rares, il a été reconnu que, le plus souvent, on ne se trouvait pas en présence de tumeurs vasculaires vraies, mais en général de sarcomes ou d'endothéliums pulsatiles.

Dans le cas de M. Morestin, la tumeur s'était manifestée pour la première fois il y a quatre ans par l'apparition d'une petite tuméfaction sous-gingivale au niveau du corps du maxillaire, avec déchaussement d'une dent. La dent fut extraite mais cette opération fut suivie d'une hémorragie formidable, telle que la malade faillit succomber dans le fauteuil du dentiste. Puis la tumeur grossissant peu à peu les dents de ce côté furent expulsées. Un médecin croyant à une périostite causée par l'évolution de la dent de sagesse, fit une incision au niveau de la tuméfaction, une nouvelle hémorragie se produisit presque aussi terrible que la première.

M. Morestin vit à ce moment la malade : la gencive était animée de battements, on pouvait constater à l'auscultation un bruit de souffle intermittent, rude, râpeux. La tumeur était d'ailleurs réductible et non douloureuse. Névralgie du dentaire inférieur et pas de ganglions.

La malade était en bonne santé et enceinte de quelques mois. Le diagnostic porté fut celui d'anévrisme vrai du maxillaire inférieur. M. Morestin, au milieu d'une hémorragie formidable malgré la ligature de la carotide externe, fit la résection de toute la moitié correspondante de la mâchoire. La malade guérit très bien et la grossesse a continué à évoluer normalement.

(*Société de chirurgie,* 27 oct. 1909.)

Vaste abcès médiastinal provoqué par une carie dentaire.

MM. Alglave et Mahé ont observé un volumineux abcès de la loge thymique du médiastin antérieur provoqué par une carie pénétrante de la dent de sagesse inférieure gauche ; complication très rare, unique peut-être de la carie dentaire.

Une femme de 33 ans présente subitement les symptômes d'une injection dentaire aiguë : douleurs vives dans l'angle gauche de la mâchoire inférieure, puis gonflement de la région qui devient vite rouge, tendue, œdematiée. Trois jours après trismus notable, fluctuation nette. Il existe une carie pénétrante de la dernière molaire du même côté.

Une incision pratiquée un peu au-dessous de l'angle donne issue à une assez grande quantité de pus fétide ; la poche qui le contient paraît large et occupe toute la région sus-hyoïdienne latérale.

Amélioration immédiate, mais bientôt la malade est prise de douleurs vives et lancinantes dans les régions sus-claviculaire, sternale et mammaire gauche. La température s'élève et rapidement se forme un vaste abcès dont on refoule facilement le pus de l'espace intercostal vers les creux sus-claviculaire et sus-sternal. Dysphagie, inégalité jupillaire. Incision suivant le bord droit du manubrium, pus fétide. On constate qu'il existe deux poches, une superficielle sous-cutanée présternale, une profonde qui correspond à la loge thymique.

Pendant un mois malgré un drainage excellent et des soins spéciaux pas d'amélioration, on pratique alors l'ablation de la molaire cariée, en quinze jours guérison complète. La guérison complète et rapide, par simple extraction, d'un aussi long trajet fistuleux et de la vaste poche qui le terminait mérite d'être rapportée et retenue. C'est un phénomène frappant qui souligne d'une façon typique la différence d'évolution des abcès d'origine dentaire selon qu'ils sont primitivement sus ou sous-périostés. Il est évident que là on avait affaire à un abcès sus-périosté fait exceptionnel au niveau des dents de sagesse inférieures.

(*Le Progrès médical*, 7 août 1909.)

L'anesthésie de la dentine, de la pulpe dentaire et des maxillaires par la méthode des injections distales.

La méthode des injections distales, dit M. Polet, se fait au collet même de la dent ; mais elle n'est pas intradiploïque, elle n'est pas intragingivale, elle ne se fait pas à l'apex ; elle est bien différente de toutes les autres méthodes.

D'autre part cette méthode se base sur les données anatomiques suivantes : le filet dentaire entre distalement dans la racine ; il y a entre la racine et l'alvéole un ligament plus ou moins facile à pénétrer et à saturer de liquide, lequel ne peut fuser que vers l'apex ; les maxillaires présentent des canaux, des pores, des fissures, faciles à percer et par où le liquide peut fuser.

Technique : Employer une seringue très forte et des canules très minces. L'injection est faite distale, sauf pour les 3^e molaires et la canine supérieure et dans les cas où la dent antérieure a été extraite où l'on réussit mieux en faisant l'injection mésiale. La canule doit entrer de un demi à un centimètre.

Dans 60 o/o des cas l'effet est « foudroyant » dit M. Polet ; l'injection est à peine terminée que la pulpe est insensible. Quelquefois il faut faire une deuxième piqûre du côté opposé et attendre un peu.

La durée de l'anesthésie varie de 5 minutes à 1 heure. Ordinairement l'anesthésie atteint plusieurs dents, parfois tout le maxillaire.

L'auteur a employé indifféremment l'alypine, la stovaïne, la cocaïne, la novocaïne, le résultat est le même.

Avantage de la méthode : Asepsie, rapidité, simplicité, réussit très bien dans la région des molaires inférieures.

Un seul inconvénient particulier à noter : périostite légère mais fugace.

Dans ces derniers mois l'auteur a eu 74 succès sur 75 cas.

(*Rev. Trimest. Belge de Stomat.*, sept. 1909.)

Trois cas d'ostéite du maxillaire inférieur chez le jeune enfant.

Pour M. P. Barbarin, il s'agit d'accidents absolument comparables à ceux de la dent de sagesse, qui se montrent avant ou après l'éruption des molaires de lait ou de la première grosse molaire (dent de six ans). Ce qui caractérise cette affection, c'est le peu d'intensité des phénomènes locaux (gonflement de la joue, léger empâtement du maxillaire), en comparaison de la gravité des phénomènes généraux déterminés par la déglutition constante du pus qui s'écoule en abondance des fistules osseuses, ouvertes très rapidement dans la bouche.

Pour remédier à ces accidents, M. Barbarin propose dans une première opération faite par voie externe après décollement du masséter et trépanation de la table externe, d'amener la dérivation du pus à l'extérieur. L'état général s'améliore rapidement. Puis l'ostéïte diffuse se localise, les séquestres se séparent. La guérison survint, lorsque par une deuxième opération courte et facile, ces séquestres sont enlevés. Trois enfants ont été guéris de cette façon.

(*Congrès français de Chirurgie,* octobre 1909.)

P. V.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Ve CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL
Berlin 23-28 août 1909.

COMPTE RENDU

(*Suite*[1].)

Par Georges Villain, D. D. S.
Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

III. — Travaux des sections.

1° Section d'hygiène dentaire.

Cette section a tenu quatre séances, les travaux y furent extrêmement suivis, les résolutions importantes qui ont été prises à la suite des discussions me font un devoir de publier ces travaux avant tout autre.

La première séance de cette section est ouverte par le professeur *Jessen*, de Strasbourg, qui, après une courte allocution, appelle M. Jenkins, de Paris, pour développer sa communication : *Quelles sont les exigences de la dentisterie moderne dans un Etat moderne?*

M. Jenkins dit en résumé : l'Etat moderne demande l'enseignement obligatoire, l'instruction systématique des enfants est une condition essentielle à la vitalité d'un peuple; mais la force physique est également importante et le conférencier développe l'utilité d'une dentition parfaite à tous points de vue, pour aider au développement de l'enfant, au maintien de la santé chez l'adulte en n'altérant pas la fonction primordiale à la vie, la nutrition.

M. Wheeler, de New-York, présente un travail intitulé : *Statistique de la carie dentaire des écoliers d'Amérique.* Il fait ressortir que l'état de la bouche des enfants aux Etats-Unis est aussi mauvais qu'en Allemagne, c'est l'initiative privée qui intervient pour y remédier, les résultats de cette initiative privée sont fort appréciables.

J'ai eu l'occasion de me rendre compte des soins dentaires donnés aux enfants en Amérique, et je fus heureux d'entendre un homme compétent comme Wheeler, venu de New-York en faisant l'éloge de l'initiative privée, faire le procès des institutions d'Etat, qui donnent trop souvent des soins sommaires dits « d'urgence » généralement plus préjudiciables qu'utiles. L'Ecole dentaire de Paris est un exemple trop frappant de ce que peut dans notre pays l'initiative des dentistes pour que ceux-ci soient tentés de se le laisser ravir par l'Etat, qui méconnaît trop encore notre art et notre science, les institutions que les professionnels ont créées de toutes pièces.

---

[1] V. *L'Odontologie* des 15, 30 septembre, 15, 30 octobre et 15 novembre 1909.

M. Marcuse, de Berlin : *Les principaux devoirs des soins dentaires scolaires*. Les premiers devoirs des soins dentaires scolaires, c'est l'examen régulier et le traitement éventuel de tous les enfants des écoles.

Pour que le contrôle du dentiste puisse s'exercer systématiquement, il faut que les soins commencent de très bonne heure.

Les soins dentaires devraient s'étendre aussi aux écoles supérieures.

Le meilleur système de contrôle et de traitement est la clinique scolaire.

Le traitement dentaire doit être conservateur, mais il faut surtout faire le traitement préventif.

A côté du dentiste, le maître d'école peut éclairer la jeunesse sur les soins dentaires (des gravures coloriées et des figures plastiques sont de bons moyens d'enseignement). Le maître d'école est à même d'établir si l'enfant a saisi l'enseignement. (Des morceaux de lecture n'ont point la valeur que l'on leur a attribuée.)

M. Möller, de Berlin : *La Clinique scolaire comme moyen de combat contre la tuberculose*. L'auteur a examiné cinquante-trois enfants bien portants et sur trente-six dentitions n'a pu découvrir le vrai bacille de la tuberculose, mais l'examen de quarante et un cas d'enduits des dents lui donnèrent six cas où il constata la présence de bacilles de Koch. Sur cent quatre-vingt-quatorze enfants tuberculeux, il trouva quatorze fois, dans cent trente-trois dentitions, le bacille de la tuberculose, et sur cent quatre-vingt-deux examens d'enduits buccaux il releva trente-cinq fois la présence du bacille.

M. Möller formule ainsi les conclusions de son travail :

1° Rapports entre la cavité buccale et la tuberculose pulmonaire. Le bord gingival rouge est un important facteur en diagnostiquant les symptômes de la tuberculose pulmonaire à son début, c'est un bon signe de pronostic au cours de l'affection ;

2° La tuberculose peut, comme elle est décrite en maladie de l'habitation, être appelée affection de la nutrition. Des soins insuffisants ou impropres de la bouche pendant l'enfance, sont la cause d'une mauvaise nutrition dont l'insuffisance arrête ou ralentit le développement de l'enfant, et, en conséquence, crée une prédisposition à la tuberculose (anémie, chlorose, trouble dyspepsique) ;

4° Les mauvais soins de la bouche chez les enfants facilitent le développement des bacilles de la tuberculose dans la cavité buccale et favorisent l'entrée du virus tuberculeux dans les organes lymphatiques et dans la membrane muqueuse de la bouche ;

4° La forme tuberculeuse dite lupus peut avoir pour origine, l'infection d'une petite abrasion de la peau ;

5° La carie dentaire est très fréquente chez les enfants, elle favorise indirectement l'entrée du bacille de la tuberculose dans l'organisme de l'enfant par les blessures et abrasions de la muqueuse buccale.

Les caries dentaires occasionnent souvent des troubles infectieux des glandes lymphatiques des maxillaires et du cou réduisant ainsi leur pouvoir de résistance contre le bacille tuberculeux ;

6° La clinique dentaire scolaire est un moyen évident de combattre la tuberculose parmi la classe pauvre ;

7° Les enduits buccaux et dentaires sont des sources importantes d'infection tuberculeuse dans les premières années de l'enfance, et les muqueuses buccales et pharyngiennes malpropres sont un des points d'entrée les plus fréquents du bacille de la tuberculose. Une bouche mal soignée fournit des éléments nutritifs naturels au bacille. Les enduits se forment principalement dans les culs-de-sac, entre les dents ou au bord gingival. La tuberculose primaire de la muqueuse buccale prouve le pouvoir générateur du bacille de la tuberculose dans la bouche ;

8° Si la bouche et les dents sont mal soignées, elles peuvent causer l'infection tuberculeuse des poumons de trois façons :

a) Par l'air ; l'air respiré par la bouche peut entraîner des bacilles des incrustations des dents aux poumons (tuberculose des glandes bronchiales) ;

b) Par le sang ou la lymphe ; la salive contenant des bacilles mélangés aux aliments infecte les glandes de l'intestin et l'abdomen. Le bacille pénètre dans l'anneau lymphatique du pharynx aussi bien que dans tout autre tissu adénoïdien. Pendant la déglutition les bacilles sont poussés plus avant encore dans les tissus et passent ainsi dans la circulation ;

c) L'infection directe ;

9° L'importance de différenciation entre le réel bacille de la tuberculose et le pseudo-bacille tuberculeux de Möller, qui font fréquemment leur apparence dans la bouche ;

10° La mauvaise asepsie de la muqueuse buccale et sa pénétration aisée chez l'enfant offrent une plus grande surface d'attaque ou d'élection et une porte plus largement ouverte au bacille dans les dents pauvres en absorbants lymphatiques et attaqués par la carie ;

11° Les bacilles de la tuberculose sont rarement rencontrés dans les caries des dents d'enfants ne souffrant pas d'affection pulmonaire, d'autre part, ils sont fréquemment rencontrés dans les enduits de la muqueuse buccale ;

12° Les cliniques dentaires scolaires sont des établissements d'éducation par la protection personnelle des enfants et de leur entourage ; dans ces cliniques on enseigne aux enfants la propreté, le lavage des mains avant les repas, le nettoyage des fruits avant leur ingestion et on leur enseigne à éviter la pernicieuse habitude d'embrasser. La clinique dentaire scolaire, par son instruction et son traitement approprié, prévient la propagation de la tuberculose parmi les autres enfants, écoliers, parents, instituteurs ;

13° Cette institution joue un rôle important dans le traitement des enfants souffrant de la tuberculose. Les enfants seront mieux nourris. Les dents cariées forment souvent un port d'attache aux bacilles de la tuberculose chez les enfants atteints de cette affection pulmonaire, causant ainsi une réinfection continuelle. Le traitement des bébés dans ces cliniques est un moyen préliminaire pour réduire avec succès la cure de cette maladie dans les hôpitaux d'enfants, les colonies scolaires, les hospices maritimes, etc. ;

14° Le dentiste scolaire est un professeur d'hygiène et un conseiller pour les parents dont les enfants souffrent d'affections buccales. Pendant leur grossesse les femmes habitant des régions pauvres en sels calcaires recevront des instructions utiles à ce sujet. Des recommandations seront faites sur l'alimentation, des instructions seront données sur les aliments convenables et sur les soins et traitements de la bouche et des dents ;

15° La clinique dentaire scolaire comme moyen de combattre la tuberculose doit être municipale et le dentiste appointé officiellement par la municipalité ;

16° La dépense pour entretenir une telle clinique est faible en comparaison des établissements coûteux installés pour combattre la tuberculose.

M. Kunert, de Breslau, traite la question : *Est-ce que le service dentaire dans les écoles publiques répond aujourd'hui à son but?* Le service dentaire dans les écoles a essayé jusqu'à présent de combattre la carie dentaire de nos jeunes écoliers de trois manières différentes :

1° Par des inspections régulières des enfants, du résultat desquelles les parents sont informés;

2° Par un traitement dentaire gratuit, s'il est possible pour tous les enfants, au moins pour les écoliers pauvres ;

3° Par des instructions méthodiques sur l'hygiène de la bouche et la surveillance de son exécution.

De cette façon tout ce mouvement ne pourra relativement avoir que peu de succès, à ce qu'il me semble. On y commet la faute de diriger son attention sur la carie dentaire elle-même, mais non sur sa cause. On ne pourra obtenir un succès complet que quand le service dentaire des écoles étendra son programme, et qu'il cherchera avant tout à employer son influence à ce que notre peuple ait de nouveau des dents dures, en sorte que la carie ne puisse point du tout exister dans une telle étendue. Des dents dures bien pénétrées par des substances calcaires sont la meilleure protection contre la carie dentaire.

La dernière cause pour laquelle la carie est si fréquente aujourd'hui est sans doute la mauvaise calcification des dents par suite de mauvaise alimentation avec trop peu de sels, surtout de sels à base de chaux.

Trois faits sont responsables de l'assimilation insuffisante des sels :

1° Décroissement de l'allaitement ;

2° La méthode impropre de préparation de la nourriture, spécialement le mode de préparation des pains suivi dans les vingt ou trente dernières années ainsi que l'augmentation considérable de la consommation du sucre;

3° La consommation de plus en plus croissante d'eau contenant peu de chaux.

C'est ici qu'il faut remédier ; avant tout il faudra tâcher d'obtenir autant que possible que les pains soient faits à la maison de blés raisonnablement moulus comme jadis (en laissant une partie de la couche glutineuse et contenant les sels précieux) ou bien que les boulangeries fournissent au moins à notre peuple, comme autrefois, un pain bon et nourrissant qui demande plus d'efforts des mâchoires que c'est le cas aujourd'hui.

C'est seulement en cas qu'on donne à l'organisme humain les sels minéraux nécessaires et que l'homme emploie ses mâchoires comme il faut, qu'une réelle amélioration des conditions des dents, si mauvaises aujourd'hui, est possible.

M. KEMSIES traite le sujet : *Soins dentaires dans les écoles supérieures.* Le conférencier demande que les soins dentaires soient étendus aux élèves indigents des écoles supérieures, il émet les vœux suivants :

1° La collaboration à l'hygiène individuelle est un devoir des écoles supérieures ;

2° L'enseignement dans les écoles supérieures sur l'hygiène dentaire et buccale doit être donné au début des études, il trouve sa place dans le cours d'histoire naturelle.

M. HERRENKNECHT, de Fribourg, fait une communication sur : *Les caries dentaires et la prophylaxie.* Nous pouvons résumer ainsi ce travail :

1° La théorie chimico-parasitaire de la carie établie par Miller est indiscutablement admise ;

2° Les substances avec lesquelles des acides peuvent être formés par l'action de la fermentation bactériologique sont contenues dans les produits alimentaires.

L'acide lactique peut probablement être formé de la mucine par l'action des ferments bactériologiques, mais seulement dans des circonstances particulières, par exemple en cas de xérostomie, la mucine contenant de la glucosamine, avec laquelle la glucose, capable de fermentation, produit par répercussion de l'*amido-group* ($N.H^2$) ;

3° Les bactéries de la cavité buccale sont, généralement, non seulement inoffensives, mais même utiles, comme celles de l'intestin, c'est un fait qui a déjà été prouvé : elles empêchent ou rendent difficile la croissance de micro-organismes pathogènes dans la bouche ;

4° Les bactéries de la bouche ne peuvent plus être détruites par des agents thérapeutiques. L'emploi de tels remèdes comme moyen de préservation des dents doit donc être rejeté comme inutile ; cependant que l'emploi continuel, prolongé, de tels antiseptiques buccaux peut être nuisible ;

5° Pour réduire la progression excessive des bactéries normalement présentes dans la cavité buccale, les soins appropriés de la bouche et des dents par des moyens mécaniques sont suffisants ;

6° L'application de *lunar caustic* est le meilleur moyen prophylactique contre la carie au début de l'affection. Le formol a une action analogue au début de la carie. Le formol, comme le nitrate d'argent, se combine chimiquement avec la substance organique des dents, et sous cette forme, la substance organique a un pouvoir plus puissant de résistance contre les effets destructeurs des bactéries ou de leurs ferments.

A la fin de la séance les résolutions suivantes sont adoptées et renvoyées à l'assemblée générale de clôture pour être soumises à la F. D. I. :

1° L'organisation des cliniques dentaires scolaires est une nécessité internationale d'hygiène populaire de notre temps ;

2° Elle est un moyen de prévenir et combattre les maladies infectieuses et en particulier la tuberculose.

(A suivre.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

UN HAUSSEMENT D'ÉPAULES

Laubardemont a dit : « Donnez-moi une ligne d'un homme et j'y trouverai de quoi le faire pendre. »

Suivant les traditions du grand inquisiteur du Parlement de Bordeaux, un de ses compatriotes (serait-ce un de ses descendants ?) vient de faire paraître, dans un journal réputé pour sa polémique violente et injuste à l'égard de notre Groupement et de ses membres, un article des plus injurieux pour moi. Dans cet article l'auteur, par des citations habilement découpées dans le compte rendu de ma déposition devant la Commission de l'Enseignement supérieur au Sénat, trouve moyen de me faire dire exactement le contraire de ma pensée pour m'accuser des plus noirs desseins et, non pas pour me faire pendre — les mœurs se sont adoucies depuis le XVII^e siècle, — mais au moins pour me présenter comme un ennemi professionnel et me couvrir d'injures.

Nos lecteurs pourront juger par les deux citations placées en tête de l'article en question et que nous reproduisons ci-dessous :

CE QUE J'AI DIT [1] :	CE QU'ON ESSAYE DE ME FAIRE DIRE PAR DES CITATIONS INCOMPLÈTES :
. . . .	
Lorsqu'un dentiste veut faire de l'enseignement, on peut dire que plus il ajoute de titres scientifiques ou médicaux à ses titres techniques, plus il s'instruit, mieux cela vaut.	
De plus, j'ai voulu me rendre compte si les études médicales complètes sont absolument nécessaires aux dentistes ; j'ai voulu pouvoir parler de cette question en connaissance de cause. Je pouvais m'imposer d'apprendre tout cela, mais je me suis rendu compte que je ne pouvais le laisser imposer à tous nos élèves.	
Si en principe il semble qu'on puisse dire que tous les dentistes devraient être docteurs en médecine, dans l'application on aurait tort d'imposer cette obligation, car il n'est pas possible d'ajouter les cinq ans d'études techniques nécessaires pour être dentiste aux sept ans d'études médicales.	*Si en principe il semble qu'on puisse dire que tous les dentistes devraient être docteurs en médecine.* . . . .

---

[1] Voir déposition à la Commission d'enseignement supérieur au Sénat. *Odontologie*, 30 septembre 1909, page 304.

L'idéal serait évidemment que tous eussent fait toutes les études médicales et techniques complètes. Mais l'objection est d'ordre pratique ; on ne peut demander douze années d'études à tout le monde. Il y a en outre une autre considération qui explique pourquoi nous sommes d'avis que la médecine ne peut venir qu'après les études dentaires, c'est la nécessité de développer l'habileté manuelle de très bonne heure, car c'est à ce moment que physiologiquement elle s'acquiert le mieux. C'est pourquoi, comme l'indique le rapport de M. Guignard, on a donné satisfaction à nos désirs en obligeant les jeunes gens à faire un stage de prothèse de deux ans à 16 ou 17 ans, pour développer cette habileté manuelle.

L'idéal serait évidemment que tous eussent fait toutes les études médicales et techniques complètes
. . . .

. . . .

Dans la suite de l'article, on trouve une série d'autres citations aussi inexactement rapportées.

On ne répond pas à pareils procédés de polémique, ou on les défère à la justice du pays, si tel est l'avis de son Conseil judiciaire ou plus simplement on s'en rapporte au bon sens public.

En ce qui me concerne j'ai déjà déclaré plusieurs fois aux auteurs qui pratiquent ces procédés de discussion combien ce genre de polémique me laissait indifférent. C'est peine perdue, leur répondait il y a quelque temps un de nos amis dans ce journal.

Je trouve à ce sujet, sous la signature de Jules Claretie dans le journal *Le Temps*, quelques lignes assez significatives, qui me paraissent avoir leur application ici :

. . . .

« Le besoin de cracher quelque injure semble faire partie du tempérament de bien des gens qui... sont peut-être aussi paisibles d'ailleurs et semblent aussi honnêtes que la plupart des hommes.

» Tout écrivain qui achève un livre ou signe un article, tout homme politique qui prononce un discours, tout être vivant qui produit quoi que ce soit est — pourvu qu'il produise quelque chose — exposé à l'injure du voisin, ou à la menace stupide de l'ennemi inconnu. »

J'ajouterai que, puisqu'il en est et en a toujours été ainsi, lorsqu'on se décide, malgré tout, à une action publique pour la défense de ses idées, il faut avoir pour ce genre de manifestations, en ce qui touche sa personnalité, la plus parfaite indifférence et les accueillir tout au plus par un haussement d'épaules.

C. G.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Nous recevons de l'Académie de Paris communication de la circulaire et du décret ci-dessous, décret qui a d'ailleurs paru à l'Officiel.

Paris, le 9 novembre 1909.

LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE ET DES BEAUX-ARTS
à Monsieur le Recteur de l'académie d

J'ai l'honneur de vous adresser ci-joint ampliation d'un décret, en date du 4 novembre 1909, portant règlement d'administration publique et fixant les rétributions à percevoir en vue de l'obtention du grade de chirurgien-dentiste, dont les études ont été réorganisées par décrets en date du 11 janvier et 26 juillet 1909.

Les termes de ce décret me paraissent suffisamment explicites pour que tout commentaire soit inutile. J'appellerai seulement votre attention sur la création de l'examen de validation de stage et sur le dédoublement en deux parties du troisième examen de fin d'études.

Ces dispositions nouvelles n'étant pas mentionnées sur les états de recettes actuellement en usage, MM. les secrétaires devront, chaque fois que le cas se présentera, ajouter à la main sur ces deux pièces, tant aux « droits acquis » qu'aux « renseignements scolaires », les justifications complémentaires nécessaires.

Les actes qui seront accomplis en vue du grade de chirurgien-dentiste (*régime de* 1893) seront portés sur des états spéciaux (*ancien régime*).

Signé : GASTON DOUMERGUE.

DÉCRET

relatif aux droits à percevoir en vue de l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste.

LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE,

Sur le rapport du Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts;

Vu l'article 6 de la loi du 27 février 1880, portant qu'un décret rendu en la forme des règlements d'administration publique, après avis du Conseil supérieur de l'Instruction publique, détermine le tarif des droits d'inscriptions, d'examens, de certificats d'aptitude et de diplôme à percevoir dans les établissements d'enseignement supérieur chargés de la collation des grades ;

Vu le décret du 22 août 1854;

Vu la loi de finances du 26 février 1887 ;

Vu la loi du 10 juillet 1896;

Vu le décret du 31 juillet 1897;

Vu les décrets des 14 février 1894 et 26 février 1907 ;

Vu le décret du 11 janvier 1909, portant réorganisation des études en vue du grade de chirurgien-dentiste;

Vu le décret du 26 juillet 1909 :
Vu l'avis du Conseil supérieur de l'Instruction publique ;
Vu l'avis du Ministre des Finances en date du 25 septembre 1909 ;
Le Conseil d'Etat entendu,

Décrète :

Art. 1er. — Les droits à percevoir pour études, examens, certificats d'aptitude et diplôme en vue du grade de chirurgien-dentiste, tel qu'il est réorganisé par le décret du 11 janvier 1909, sont fixés à la somme de mille quarante-cinq francs et répartis de la façon suivante :

NATURE DES ACTES	ACTES SUBIS DEVANT LES			
	Facultés de médecine et Facultés mixtes de médecine et de pharmacie.		Ecoles de plein exercice et Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie.	
	AU PROFIT		AU PROFIT	
	de l'Université.	du Trésor public.	de la caisse municipale.	du Trésor public.
	fr.	fr.	fr.	fr.
Examen de validation de stage, à 25 fr.	»	25	25	»
12 droits trimestriels d'inscription, à 30 fr.	360	»	360	»
12 droits trimestriels de bibliothèque, à 2.50.	30	»	30	»
12 droits trimestriels de travaux pratiques. 1re année : 4 droits à 15 fr. = 60 fr. 2e et 3e années : 8 droits à 32.50 = 260 fr.	320	»	320	»
1er Examen. Examen (à 40 fr.)	»	40	40	»
1er Examen. Certificat d'aptitude (à 20 fr.)	»	20	»	20
2e Examen. Examen (à 30 fr.)	»	30	30	»
2e Examen. Certificat d'aptitude (à 20 fr.).	»	20	»	20
3e Examen. 1re épreuve. 1 examen (à 30 f.)	»	30	30	»
3e Examen. 1re épreuve. 1 certificat d'aptitude (à 20 fr.).	»	20	»	20
3e Examen. 2e épreuve. 1 examen (à 30 f.)	»	30	30	»
3e Examen. 2e épreuve. 1 certificat d'aptitude (à 20 fr.).	»	20	»	20
3e Examen. 2e épreuve. Diplôme (à 100 f.)	»	100	»	100
TOTAUX	710	335	865	180
TOTAL GÉNÉRAL	1.045		1.045	

Art. 2. — Les inscriptions de stage, réglementées par les articles 2, 3 et 4 du décret du 11 janvier 1909, sont gratuites.

Toutefois les élèves qui accompliront, près les Facultés de médecine, les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, les écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie, le stage de deux ans prévu à l'article 1er du décret susvisé seront soumis chaque année à l'immatriculation.

Ils seront, en outre, astreints au payement d'un droit annuel de travaux pratiques obligatoires de 60 francs, *payable par trimestre :* dans les Facultés de médecine et les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, ce droit sera perçu au profit des Universités ; dans les écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie, il sera perçu au profit des Villes.

Art. 3. — Tout candidat qui, sans excuse jugée valable par le jury, ne répond pas à l'appel de son nom le jour qui lui a été indiqué pour l'examen, perd le montant des droits d' « examen » qu'il a consignés.

Il est fait remboursement, aux candidats ajournés, des droits de certificat d'aptitude et de diplôme.

Art. 4. — Le présent décret sera applicable à partir du 1er novembre 1909.

Toutefois, les aspirants au grade de chirurgien-dentiste, qui bénéficieront des dispositions de l'article 16 du décret du 11 janvier 1909 et de l'article 1er du décret du 26 juillet 1909, acquitteront les droits établis par les décrets des 14 février 1894 et 26 février 1907.

Art. 5. — Sont et demeurent abrogées toutes dispositions contraires à celles édictées ci-dessus.

Art. 6. — Le Ministre des Finances et le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois* et publié au *Journal officiel.*

Fait à Paris, le 4 novembre 1909.

A. FALLIÈRES.

Par le Président de la République :

Le Ministre des Finances,
Georges COCHERY.

Le Ministre de l'Instruction publique
et des Beaux-Arts,
Gaston DOUMERGUE.

LIVRES ET REVUES

Atlas des lésions anatomo-pathologiques de la pulpe dentaire, avec contribution à l'anatomie normale de l'ivoire et de la pulpe chez l'homme.

(Quatre parties. Soixante-trois planches avec texte explicatif.)

Par le docteur médecin Oskar Römer,
Professeur à l'Université de Strasbourg[1].

Voici un bel ouvrage que je recommande vivement à tous nos confrères qui s'intéressent aux lésions anatomo-pathologiques de la pulpe. Il est édité avec un luxe qui en fait une véritable œuvre d'art et son prix en est peu élevé, grâce à une contribution universitaire.

Le professeur Römer, dont je ne saurais dire assez en quelle haute estime je tiens sa valeur scientifique et sa conscience technique, vient de consacrer 12 ans de sa vie à cet atlas.

Je n'ai pas à présenter ici M. Römer ; il est déjà assez connu par ses recherches sur la dentine et sur les terminaisons nerveuses de la pulpe, par ses travaux sur les périodontites, sur les granulomes des racines, etc.

Nous connaissons déjà l'histologiste, l'anatomo-pathologiste ; ses microphotographies le classent aujourd'hui au premier rang des micrographes.

Il divise son ouvrage en *quatre parties :*

La première comprend douze planches et est consacrée à l'histologie normale : modifications des cellules de la pulpe qui deviendront des odontoblastes (fig. V, VI, VII, VIII) (planche I et II).

Les planches III et IV montrent les prolongements des odontoblastes dans les canalicules de Tomes.

Pl. V. — Admirables coupes transversales de la couronne.

Pl. VII. — Différences de volume des canalicules dans l'ivoire normal et dans la carie.

Pl. VIII. — Transformation par la carie des canalicules, gaines et substance fondamentale.

Pl. X. — Artères et veines de la pulpe normale.

Pl. XI. — Nerfs et capillaires de la pulpe normale.

Pl. XII. — Nerfs de la pulpe.

---

[1] Atlas der pathologisch anatomischen Veränderungen der Zahnpulpa, nebst Beiträgen zur normalen Anatomie von Zahnbein und Pulpa beim Menschen (gedruckt mit Beihilfe der Kuntzstiftung an der Universität Strassburg). Friedrich Ernst Fehsenfeld. Freiburg i. B. 1909. M. 40.

Deuxième partie. — Inflammation aiguë de la pulpe.

Pl. XIII, fig. 1-4. — Hypérémie physiologique de la pulpe d'une dent en croissance.

Fig. 5-8. — *Hypérémie* pathologique dans le premier stade de l'inflammation aiguë montrant en outre une formation antérieure de dentine secondaire.

Pl. XIV. — Exsudat de sérosité, diapédèse leucocytaire.

Pl. XV. — Passage de la pulpite aiguë simple à la *pulpite aiguë suppurée.*

Pl. XVI, XVII, XVIII, XIX. — Pulpite aiguë purulente. Diapédèse leucocytaire.

Pl. XX. — Lésions destructives du tissu pulpaire et des parois vasculaires.

Pl. XXI. — Infiltration séreuse du tissu pulpaire et amincissement de ses mailles dans la pulpite aiguë purulente (à la périphérie d'un foyer abcédé).

Pl. XXII. — *Pulpite gangréneuse* (foyers de gangrène à côté de foyers de pus).

Pl. XXIII. — Où l'on voit très nettement à mi-hauteur des racines les zones de démarcation de la gangrène.

Pl. XXIV. — Fig. 1 à 4. — Inflammation aiguë de la pulpe d'une dent dont les racines ne sont pas encore tout à fait formées.

Fig. 5-8. — Envahissement par places des canalicules et des gaines par des *bactéries et cocci* et marche de l'infection de l'émail à la pulpe.

Pl. XXV-XXIX. — Pénétration des agents infectieux dans la chambre pulpaire. Phagocytes et phagocytose (pl. XXVII). Bactéries dans la pulpite purulente et gangréneuse.

Troisième partie [1]. — *Pulpite chronique.*

Signalons ici : Pl. XXXV. — Ectasies vasculaires et hémorragies radiculaires, dans une pulpite chronique ulcéreuse.

Pl. XXXVI et XXXVII. — Pulpite chronique ulcéreuse : toutes les coupes sont bien intéressantes par leurs multiples lésions vasculaires et interstitielles.

Pl. XXXVIII et XXXIX. — Enormes *globules calcaires.*

Pl. XL. — Fig. 7. — *Etranglement d'un filet nerveux* entre deux blocs d'ivoire.

Pl. XLI et XLII. — Dégénérescence partielle des faisceaux nerveux. Hyphomycètes *(saprophytes)* dans la dentine cariée et dans la chambre pulpaire.

Pl. XLIII. — *Leucocytes dégénérés* dans le tissu pulpaire.

---

[1] Les auteurs allemands divisent la pulpite aiguë en pulpite aiguë simple, purulente et gangréneuse. Leur conception à ce point de vue ne diffère guère de la nôtre.

Mais, dans la pulpite chronique, ils considèrent une *pulpite ulcéreuse* et une *pulpite granulomateuse* et ils entendent par pulpite ulcéreuse les lésions de la périphérie de la pulpe sous les couches d'ivoire carié avec dégénérescences secondaires profondes.

Pl. XLIV. — Guérison spontanée d'un abcès par *encapsulement* et *résorption du pus.*

Pl. XLV. — *Pulpite chronique granulomateuse avec polypes.*

Pl. XLVI. — La même avec vaisseaux néo-formés.

Pl. XLVII et XLVIII. — La même avec leucocytes, néo-capillaires, tissu de granulations, vaisseaux ectasiés, vigoureuses travées conjectives, dans toute la masse proliférée hors de la pulpe.

Pl. XLIX. — Polype pulpaire faisant saillie par une fracture de la dent.

Pl. L. — Polypes de la pulpe et de la gencive avec autotransplantation de l'épithélium gingival sur le polype.

Quatrième partie. — Atrophie pulpaire sénile. — Atrophie pulpaire dans la pyorrhée. — Modifications pulpaires par les applications arsenicales.

Pl. LI. — Atrophie de la pulpe. Diminution des cellules pulpaires et hyperplasie conjonctive.

Pl. LII. — La même, avec *vaisseaux lymphatiques élargis* (fig 5, 6, 7).

Pl. LIII. — Atrophie sénile considérable (fig. 1 à 6).

Atrophie dans la pyorrhée (fig. 7 et 8).

Pl. LIV. — Atrophie énorme de la pulpe dans une dent fortement atteinte de pyorrhée.

Pl. LV et LVI. — Atrophie pulpaire dans une pulpite chronique ulcéreuse, avec coloration des filets nerveux.

Pl. LVII.
— LVIII.
— LIX.
} Transformation de la couche odontoblastique dans l'inflammation pulpaire.

Pl. LX. — Modifications pulpaires après applications arsenicales (foyers hémorragiques, foyers adipeux).

Pl. LXI. — Thrombose des vaisseaux pulpaires après applications arsenicales.

Pl. LXII. — Nécrose des nerfs, des odontoblastes, de la gencive après applications arsenicales.

Pl. LXIII. — Nécrose totale de tous les éléments pulpaires après deux jours d'action de l'acide arsénieux.

Je ne saurais trop conseiller aux confrères d'étudier toutes ces planches en s'aidant du texte très précis, très clair que le professeur Römer a encarté dans chacune des quatre parties de son œuvre.

J'espère que, par ce court exposé, je leur aurai suggéré le désir de l'étudier dans tous ses détails ; j'espère aussi que le succès en sera tel que le professeur Römer sera encouragé à nous donner bientôt la suite de cet atlas avec les lésions de l'émail, de l'ivoire et du périodonte.

L. Frey.

VARIA

Un dentiste municipal.

1769. « Nomination de Jean Hébert, membre du collège royal de chirurgie de Paris, en qualité de chirurgien-dentiste de la ville de Lyon, à charge de traiter et opérer particulièrement les pauvres de la ville qui auraient besoin de son ministère. » (*Arch. municip.*, BB., 337.)

« Hébert, chirurgien ; pensionnaire de la ville de Lyon, de l'Académie de Villefranche, auteur du *Citoyen dentiste*, 1779, in-12, mort en 1782. Bréghot et Péricaud. *Catalogue des Lyonnais dignes de mémoire*, 1839. »

(*La France médicale*, 10 juin 1909.)

Contre les maux de dents : Porter deux marrons dans la poche droite du pantalon.

Contre les syncopes : Pisser (*sic*) sur un linge et flageller la figure du malade avec ce linge ainsi mouillé.

Quand il ne fait pas appel à ces pratiques d'un autre âge le public crédule se soigne par les plantes.

Il est d'obligation, pour le médecin, d'ordonner toujours une tisane quelconque. Si, dans l'ordonnance, il a négligé cette partie essentielle, le malade la lui rappelle. Plus tard, quand celui-ci est guéri, il attribue toujours sa guérison à la tisane.

Profond psychologue, un curé des environs de Castelnaudary traite toutes les maladies par les herbes. Sa clientèle est énorme et il paraît qu'il se serait adjoint un docteur en médecine.

CHARLES VIDAL *(de Castres).*

Brosse à dents pour vaches.

Nous connaissions le paletot pour levrettes, le chapeau de soleil des chevaux et le dolman de général anglais pour singes. Mais la brosse à dents pour vaches ?

Un honorable praticien des Etats-Unis, déclare un journal américain, veut obliger les pauvres bêtes à se laver la bouche au moins deux fois par jour. Et pourquoi ce luxe oriental ? Dans un but d'antisepsie : la bouche des vaches contiendrait, paraît-il, de redoutables microbes, susceptibles de contaminer le lait.

On ne saurait pousser l'hygiène plus loin. Et voilà un débouché intéressant offert aux *dentistes* à qui manque la clientèle : qu'ils soignent les molaires des ruminants.

Nous apprendrons un jour qu'on oblige les éléphants du Jardin des Plantes à se passer de l'eau oxygénée dans la trompe.

(La Suisse libérale.)

Odontalgie.

Les vieux remèdes, dit-on, sont toujours les meilleurs. Aux personnes affligées d'odontalgie, rappelons donc comment on soignait les mâchoires romaines. Les Quirites distinguaient deux sortes de recettes, les unes magiques, les autres proprement médicales. « Prenez, disaient les magiciens, la tête d'un chien mort de la rage ; brûlez-la sans les chairs ; mêlez la cendre à de l'huile de cyprus, et injectez dans l'oreille du côté de la douleur. L'os de l'épine d'un serpent d'eau peut servir à scarifier la gencive, pourvu que le serpent soit mâle et de peau blanche ; de même l'os frontal d'un lézard, extrait pendant la pleine lune ; de même un os de poule s'il a séché dans un trou de muraille, et sous la condition de le jeter aussitôt. On se trouve bien d'injecter dans l'oreille de l'huile de cédrat où l'on fait macérer soit des punaises de mauve, soit de la fiente de moineau, encore que cette dernière donne des démangeaisons. On jugera plus commode de mettre dans les dents creuses un ver qui se nourrit de l'herbe appelée bassin de Vénus ou une chenille de chou. Il est simple, également, de mordre un cœur de couleuvre ; mais, comme il vaut toujours mieux prévenir que soigner, on fera bien en tous temps de manger deux rats par mois ; ce préservatif est souverain ». Sans mettre en doute l'effet de ces formules magiques, Pline, en homme de science, recommande plutôt les recettes médicales. Parmi les végétaux, il conseille les racines de plantain, de verveine, d'aristoloche, d'hysope qu'on peut mâcher, ou prendre en décoction ; ou après les avoir lavées à l'eau de mer, faites-les infuser dans du vin ou mieux dans du vinaigre ; versez tiède dans la bouche, ou bien dans la narine opposée au côté malade. La colle de menuisier, le fiel de taureau, le lait de chèvre composent un élixir parfait, surtout si on a le soin, ensuite, de se rincer la bouche avec du bouillon de grenades douces. Comme poudres dentifrices, Pline préconise la corne de cerf brûlée, la cendre de tête de loup, de l'os de pied de cochon. Enfin, pour calmer les douleurs, le règne animal lui fournit la vive dont l'arête sert à scarifier la gencive, et surtout la grenouille, qui s'emploie de plusieurs façons ; soit cuite dans du vinaigre — et alors on s'en gargarise — soit suspendue entière à la mâchoire, dont elle tire le mal. Mais Pline oublie de dire combien de temps on doit la garder.

(Courrier du Soir.)

NÉCROLOGIE

On annonce la mort à l'âge de 53 ans de M. Goddé, chirurgien-dentiste à Paris.

NOUVELLES

Mariage.

Nous apprenons le mariage de notre confrère M. Maurice Camus, D.E.D.P., avec M^{lle} Hélène van Gool, qui aura lieu le 7 décembre prochain à Maubeuge (Nord).

Nous adressons aux familles et aux futurs époux nos félicitations.

Nouveau Journal.

La Société dentaire portugaise vient de décider la création d'une revue dentaire mensuelle. Le premier numéro paraîtra en janvier ou février prochain.

Ecole dentaire de Harvard.

Les nouveaux bâtiments de l'Ecole dentaire de Harvard, Boston, Massachussetts, Etats-Unis, seront inaugurés solennellement les 7 et 8 décembre prochain.

Institut dentaire de Berlin.

Le budget de 1910 contient la première annuité pour la reconstruction de l'Institut dentaire de Berlin. Les nouveaux bâtiments seront situés dans le voisinage de l'hôpital de La Charité.

Un cours libre d'odontologie pour les médecins militaires y sera fait quand la construction sera achevée.

Comité central allemand d'hygiène dentaire scolaire.

Le Comité vient de recevoir un legs de 12.500 francs d'une personne charitable de Francfort morte récemment.

Un règlement suranné.

La loi fribourgeoise de 1850 sur la santé publique prescrit que les candidats à la patente de *dentiste* doivent subir un examen, d'après un règlement spécial. Ce règlement fut élaboré en 1851. Mais au regard de l'état actuel de la science médicale, ce règlement est tombé en désuétude, aussi, en 1892 et en 1900, le Conseil d'Etat décida-t-il d'en faire abstraction et de s'en tenir à l'examen fédéral.

L'année dernière, un candidat à la patente, genevois, ayant demandé à subir l'examen, n'y fut pas admis. Il recourut au Tribunal fédéral, qui, tout en reconnaissant ce qu'avait de louable, au point de vue de l'intérêt de la santé publique, la décision du Conseil d'Etat, a dû néanmoins donner raison au recourant, le règlement institué par la loi de 1850 n'ayant pas été légalement abrogé.

Inspection des dents à l'école.

Afin de se rendre un compte exact de l'état des mâchoires des enfants fréquentant les écoles du district d'Olten, la commission de santé de ce district a ordonné une inspection à fond de bouches de ces enfants. Les résultats obtenus ne sont pas favorables. Le quart environ des enfants ont toutes leurs dents malades ; le 10 o/o commence déjà les classes avec une maladie dentaire. Comme on ne prend aucune mesure d'hygiène, le mal empire, si bien qu'à la fin des classes, le 20 ou le 30 o/o des enfants est atteint.

Cet examen a en outre prouvé que, sur cent mâchoires, quatre au plus sont indemnes. Tout cela n'est pas encourageant et il serait temps de faire comprendre aux parents qu'une brosse à dents pour chaque enfant et un peu d'eau chaude devraient figurer sur la table de toilette le matin.

Suicide d'un dentiste.

On annonce que M. Ferdinand Tanzer, dentiste à Graz, auteur de nombreuses publications sur l'art dentaire, s'est suicidé dans cette ville le 9 octobre en raison d'une maladie dont il était atteint.

Société de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris.

L'Assemblée générale annuelle de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris aura lieu le mardi 14 décembre 1909, à 8 h. 1/2 du soir, au siège de la Société, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

Ordre du jour :

1° Correspondance ;
2° Procès-verbal ;
3° Rapport du Secrétaire général ;
4° Rapport du Trésorier ;
5° Radiation d'un membre de la Société ;
6° Election de 10 membres du Conseil de Direction sortants ;
7° Revision des statuts ;
8° Propositions diverses.

Membres sortants rééligibles : MM. J. d'Argent, Bioux, Blatter, Geoffroy, Lemaire, Miégeville, Renhold Michel, Georges Robin, M. Roy, G. Villain.

Nota. — La séance sera ouverte à 8 h. 1/2 très précises quel que soit le nombre des membres présents, et il sera procédé au vote à 10 heures.

École dentaire de Paris.

La trentième séance annuelle de réouverture des Cours et de distribution des récompenses aux élèves de l'Ecole dentaire de Paris a eu lieu le samedi, 27 novembre, à l'Ecole, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, sous la présidence de M. Bienvenu Martin, sénateur, ancien Ministre de l'Instruction publique, assisté de M. Paul Strauss, sénateur, président du Conseil supérieur de l'Assistance publique de France.

La soirée s'est terminée par une partie artistique.

Les nécessités du tirage ne nous permettent pas de parler plus longuement de cette fête, mais nous en donnerons un compte rendu détaillé dans notre prochain numéro.

29e ANNÉE. N° 23 15 DÉCEMBRE 1909 VOL. XLII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie **est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

TRAVAUX ORIGINAUX

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR LA DENTITION CHEZ LES SYPHILITIQUES HÉRÉDITAIRES

Par JOSEPH CAVALLARO,
Libero Docente à l'Université de Florence.

(Communication au Congrès international de médecine de Budapest.)

La dentition chez les syphilitiques héréditaires est un sujet de grande importance et de haute actualité, aujourd'hui surtout que la découverte de la « spirochoeta pallida » de Schaudinn et Hoffmann a poussé des milliers de syphiligraphes et de pathologues à l'étude de ce nouvel agent de la syphilis ; il ne sera donc pas superflu de nous occuper une fois de plus de cet intéressant chapitre de pathologie humaine.

De récentes découvertes ont apporté des preuves et des éléments nouveaux en faveur de la *théorie syphilitique* de Hutchinson, chaudement défendue d'ailleurs par les Fournier, Hallopeau, Darier, Antonelli et autres. Cette théorie est maintenant si pleinement confirmée et par la pathologie, et par la clinique, qu'elle ne peut plus être mise en doute et qu'elle a fait justice de toute théorie contraire. Passons donc brièvement en revue nos dernières recherches, les faits nouveaux qui se sont produits et les conclusions qu'il y a lieu d'en tirer.

I. — **Recherches anatomo-pathologiques.**

1° ALTÉRATIONS DES TISSUS DENTAIRES.

Dès le début de nos études sur les dents des syphilitiques, nous nous sommes convaincus que les désaccords sur l'interprétation des dystrophies dentaires étaient dus à l'absence d'une étude approfondie des altérations anatomo-pathologiques des tissus dentaires, soit à cause de la difficulté d'avoir un bon liquide décalcifiant qui n'altérât pas les tissus dentaires, et un bon liquide colorant de ces tissus, soit à cause de la difficulté que l'on a à ne pas détacher l'émail dans les coupes pour en bien étudier les altérations en les comparant à celles de la dentine.

Sans reculer devant ces difficultés, nous avons orienté nos recherches sur ces altérations des dents chez des sujets syphilitiques héréditaires adultes, ainsi que sur les altérations des dents à l'état embryonnaire.

Pour étudier les altérations de la dent en embryon, nous avons examiné en premier lieu neuf et dernièrement huit maxillaires de fœtus *macérés* à sept et à neuf mois, ayant une hérédité syphilitique dûment constatée et confirmée dans les cas douteux par la présence de la « spirochoeta pallida » dans le foie, la rate, le placenta et le cordon ombilical. Ces fœtus nous avaient été gracieusement fournis par la clinique ostéro-gynécologique de Florence.

La technique suivie est la suivante : avec le bistouri on prolonge par deux incisions latérales les coins des lèvres et on découpe avec les ciseaux le maxillaire supérieur et le maxillaire inférieur.

Ces pièces mises dans l'alcool à 70° ou dans la formaline à 4 0/0 sont ensuite passées dans le liquide décalcifiant suivant :

Fluoroglycine..............	1	gramme
Acide nitrique..............	5	—
Alcool à 70°...............	100	—

qu'on renouvelle de vingt-quatre heures en vingt-quatre heures et y sont laissées jusqu'à ramollissement complet.

La fluoroglycine est parfois remplacée avec succès dans les mêmes proportions par l'orcine et le pyrogallol. De toute façon il reste bien entendu que l'adjonction de ces phénols doubles ou triples n'ajoute rien au travail de déminéralisation et n'a d'autre but que de mieux protéger les éléments histologiques. Ces éléments, en effet, à l'exception des globules rouges restent entièrement indemnes et sensibles aux matières colorantes.

Généralement on emploie la coloration en masse au lithiocarmin de Orth après un lavage abondant et complet des pièces dans l'eau courante pendant 24 heures au moins.

Les opérations suivantes pour l'inclusion dans la paraffine et la colloïdine ont été faites suivant les procédés ordinaires.

On a quelquefois soumis les coupes collées sur le verre protecteur à la méthode de Weigert pour les fibres élastiques et obtenu ainsi, outre une coloration nette et élégante de ces fibres, une netteté plus grande dans la différenciation des parties constitutives des nucléoles.

a) *Bourrelets et étranglements de la papille.* — La pulpe des dents syphilitiques, vers la limite inférieure où la dentine et l'émail de la couronne s'amincissent et cessent, forme des tubérosités en forme de *bourrelets*, comme si elle ne pouvait plus être contenue par la gaine épithéliale. Au *bourrelet* auquel correspond un tissu plus dense de la pulpe, des nucléoles plus colorables et une infiltration plus intense des éléments parvicellulaires, succède *l'étranglement* qui peut être plus ou moins accentué comme dans les molaires dans quelques-unes desquelles il va si loin qu'il équivaut presque à la décapitation des cuspides (fig. 1 et 2).

Les *étranglements* ont un rapport, cliniquement, avec les atrophies cuspidiennes de l'émail et de l'ivoire.

b) *Altération histo-chimique des éléments de l'émail.* — La disposition caractéristique des prismes de l'émail en lignes parallèles, légèrement ondulées, avec des ombres ou stries transversales au voisinage de la dentine est altérée par la présence de quelques *îlots arrondis* formés eux aussi de substance tubulaire mais indubitablement modifiée (fig. 3 et 4). Ces ilots se distinguent nettement du corps principal de la formation : ils se composent, eux aussi, d'éléments prismatiques qui diffèrent peu des autres pour la forme et la direction et révèlent qu'ils proviennent de même des adamantoblastes, mais ils sont plus réfractaires, plus détachés l'un de l'autre et retiennent moins de substance colorante. On remarque aussi, correspondant aux adamantoblastes, des prismes de même nature, non plus réunis en îlots, mais alignés en séries parallèles.

Dans d'autres préparations, la couche d'émail est d'aspect normal mais elle se termine vers la dentine par une ligne dentelée ou plutôt festonnée dont les entailles font penser à l'existence d'îlots analogues qui ont été emportés.

La même technique de décalcification a été suivie pour les *dents érosives*, dans lesquelles nous avons remarqué des prismes d'émail brisés, désagrégés, clairsemés, des *espaces interprismatiques* de forme diverse, la plupart globulaires, très étendus (fig. 5), et dans la racine la *couche granulaire* très abondante, les tubes rares, plus larges que la normale et des espaces *interglobulaires* si rapprochés, si étendus, si nombreux, qu'ils constituent de vraies pertes de substance correspondant aux différentes formes d'hypoplasies (fig. 6).

Les altérations dont nous venons de parler, contrôlées comme nous l'avons dit par l'examen de 17 maxillaires de fœtus *macérés* à sept et à neuf mois avec constatation de syphilis héréditaire et de 11 dents de syphilitiques héréditaires ont été *toujours* et *constamment* les mêmes et indiquent une non-formation de la dentine et de l'émail due à une affection inhibitoire (la syphilis) qui a agi dans la période de formation de ces tissus.

c) *Sacs dentaires.* — Nous n'avons observé aucune altération macroscopique dans les sacs dentaires syphilitiques en radiographiant des maxillaires de fœtus syphilitiques et de fœtus sains (fig. 7 et 8).

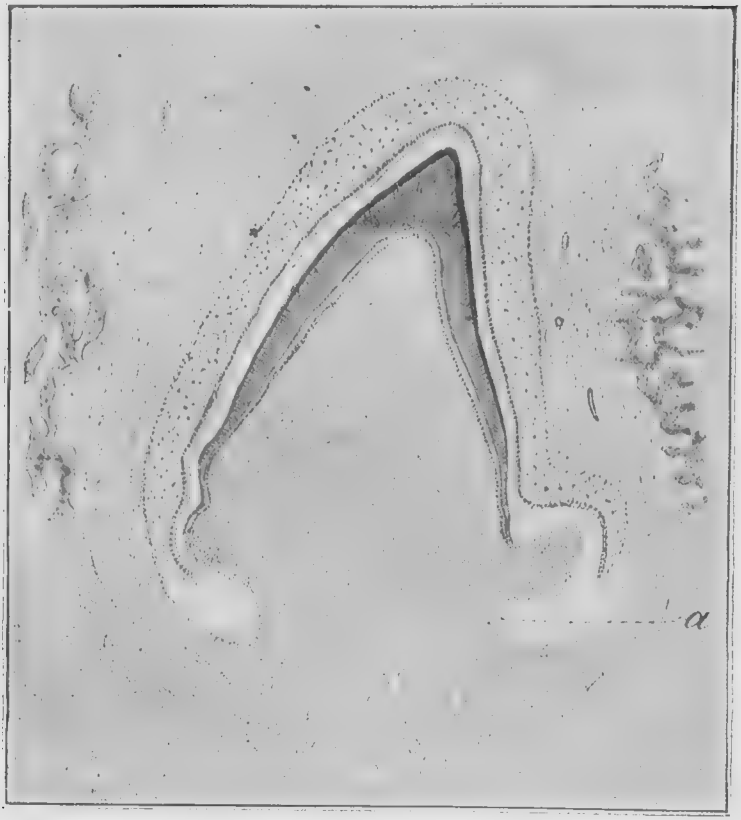


Fig. 1. — Bourrelet et étranglement de la papille.

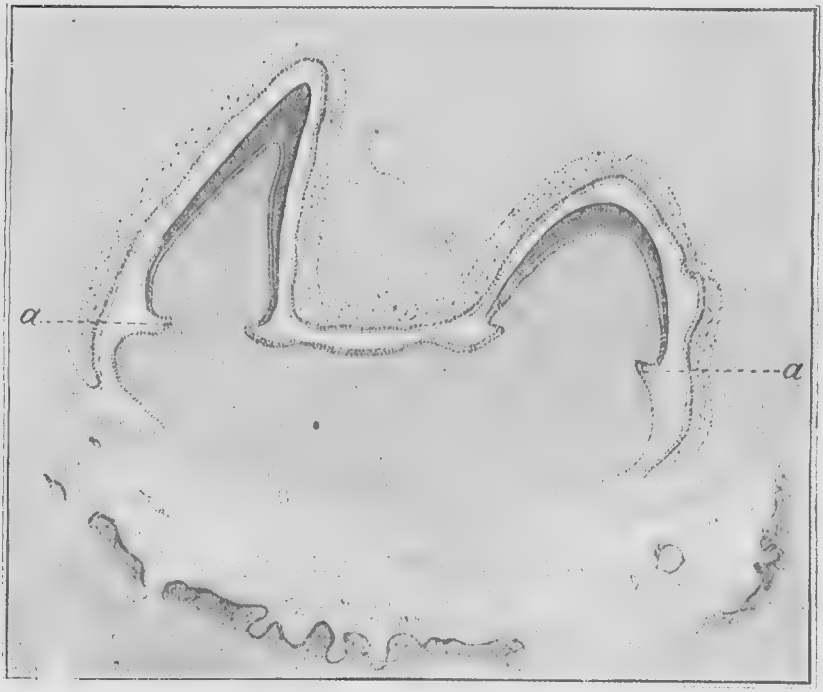


Fig. 2. — Étranglement de la papille.

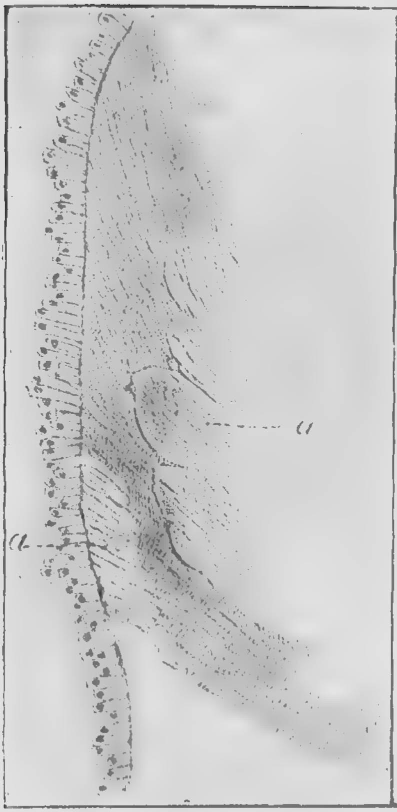


Fig. 3. — Ilots arrondis.

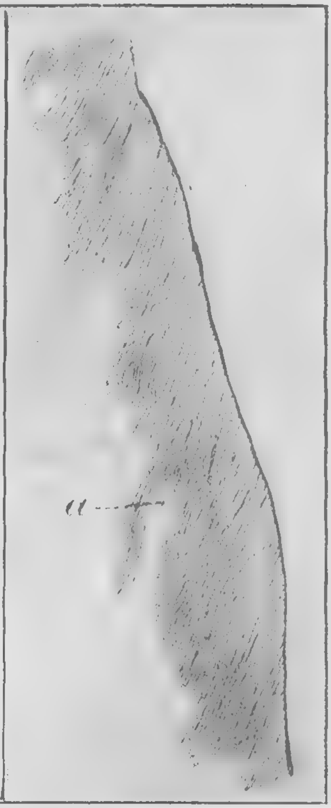


Fig. 4. — Ilots arrondis.

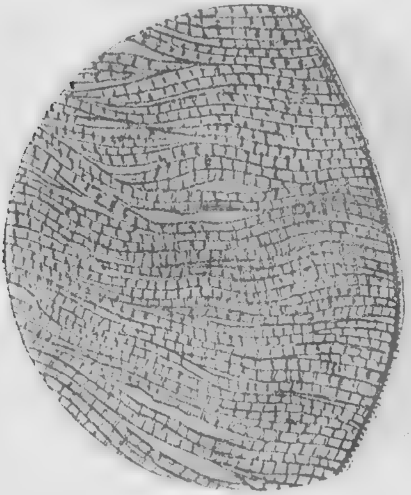


Fig. 5. — Espaces interprismatiques.

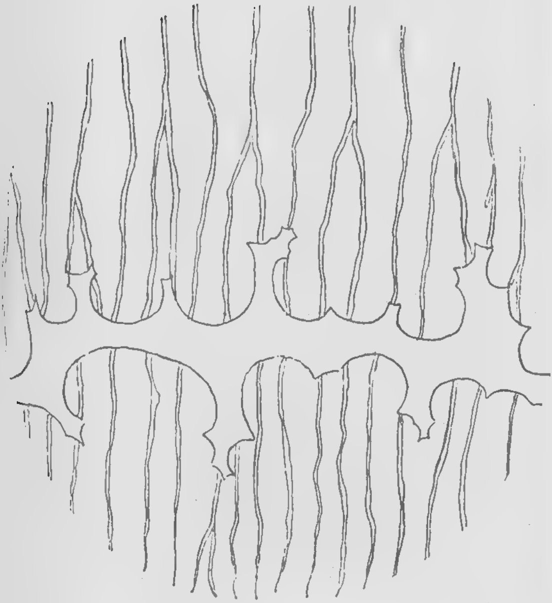


Fig. 6. — Espaces interglobulaires.

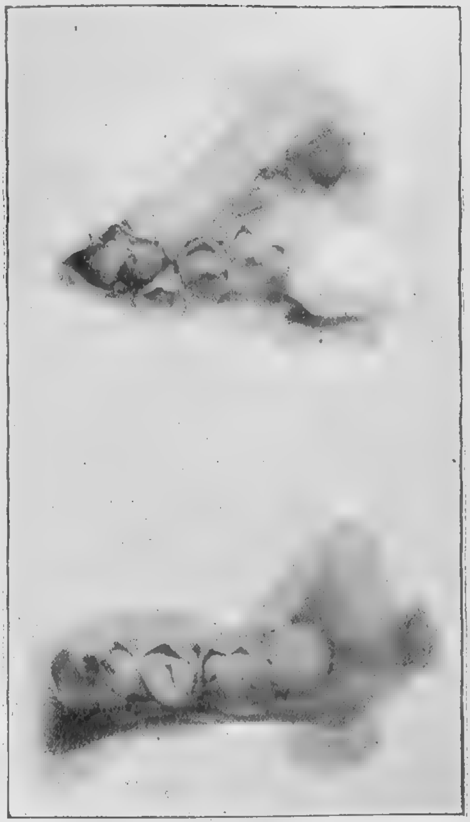


Fig. 7. — Sacs dentaires normaux.

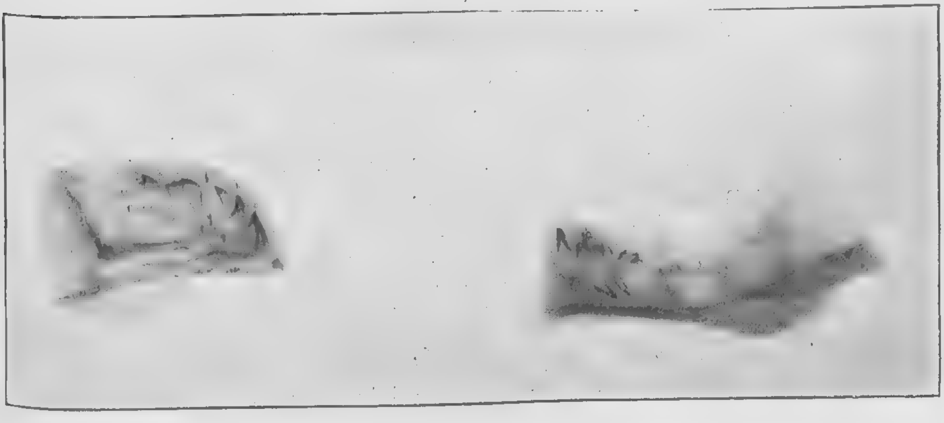


Fig. 8. — Sacs dentaires syphilitiques.

2° ALTÉRATIONS VASCULAIRES DANS LES DYSTROPHIES DENTAIRES.

Ayant noté que dans les deux autres termes de la triade de Hutchinson — lésions oculaires et lésions auriculaires — les altérations vasculaires constituent un des faits les plus importants de ces lésions, car la syphilis est une maladie de caractère éminemment vasculaire et sanguin, nous avons également entrepris la recherche des altérations vasculaires dans les dystrophies dentaires, recherches que nous étions le premier à tenter.

Les résultats furent tout d'abord entièrement négatifs.

Il n'y avait rien là qui allât à l'encontre de la « *théorie syphilitique* », puisque nous trouvons dans les dystrophies dentaires des lésions d'une telle importance (retard d'évolution, altération des tissus dentaires, anomalies de structure, forme, volume, nombre, etc.) qu'elles leur conservent toute leur importance vis-à-vis des deux autres termes de la triade et justifient à elles seules l'hérédité syphilitique ; mais l'absence de ce caractère si important de la syphilis héréditaire ne laissait pas que de nous surprendre.

Et en effet, en poussant plus loin nos recherches, nous avons fait des constatations qui ont complètement changé nos conclusions primitives.

Nos sujets d'expériences, provenant de syphilitiques héréditaires, étaient les suivants : quatre pulpes de dents en embryon ; trois pulpes entières de premières molaires permanentes (supérieure droite, supérieure gauche, inférieure gauche) avec atrophie et carie centrale noire du troisième degré ; deux pulpes radiculaires de canines permanentes avec étranglements cuspidiennes ;

Deux pulpes de molaires (1re et 2me) supérieures droites (dents de lait) avec érosion en nappe.

Les pulpes dentaires extraites délicatement des tissus durs, fixés dans l'alcool et colorées avec de l'extrait de bois de campêche et de l'orange nous ont fourni les données suivantes :

Oc. n. 3
Ob. n. 9 Reichert.

Le tissu de la pulpe apparaît richement vascularisé. Les parois des vaisseaux sont d'une épaisseur au-dessus de la normale et d'une couleur blanc-gris. L'épaississement est dû à une surabondance de petits éléments cellulaires arrondis, spécialement dans les couches superficielles, tandis qu'il y a diminution dans les couches plus profondes.

Ces cellules présentent les caractères des cellules embryonnaires. L'épaississement est dû en outre à des cellules plus grandes, aplaties, présentant des prolongements multiples et contenant un ou deux nucléoles qui ne sont autres que des cellules connectives normales, de la tunique interne très agrandie.

La tunique médiane n'est pas intéressée.

On observe également sur la tunique externe qui paraît plus homogène, un léger épaississement dû à la présence de petites cellules jeunes au milieu des faisceaux connectifs.

Dans quelques préparations, on voit de nombreux globules rouges en dehors des parois des vaisseaux et une infiltration parvicellulaire qui se continue sans limites bien déterminées du tissu environnant sur la paroi vasculaire.

Comme dans les deux autres stigmates de la *triade* de Hutchinson, nous trouvons donc dans les dystrophies dentaires : *endoartérite, périartérite*, hémorragie et infiltration parvicellulaire (fig. 10).

Nous estimons que l'importance des altérations des vaisseaux dans les tissus dentaires qui représentent une preuve concluante en faveur de la *théorie syphilitique* n'échappera à personne.

3° RECHERCHE DU « SPIROCHAETA PALLIDA ».

Tout en nous conformant aux idées modernes sur l'hérédité syphilitique et les études sur l'état actuel de la syphilis et de son microorganisme nous avons, de plus, tenté la recherche de la « *spirochaeta pallida* » soit dans la pulpe dentaire et dans le périoste alvéolo-dentaire des dents de syphilitiques héréditaires (1re et 2me dentition), soit dans les follicules de fœtus macérés, avec syphilis héréditaire prouvée.

Pour cette recherche nous avons toujours suivi, dans les premières expériences, la *méthode du frottement*, c'est-à-dire que nous avons prélevé la matière de nos expériences, après un lavage à l'eau stérilisée par râclement et excisions en différents points et nous l'avons ensuite étendue sur les plaques de verre exposées au préalable pendant deux minutes à des vapeurs osmio-acétiques (méthode de Hoffmann) à l'action desquelles on la soumet de nouveau deux minutes avant de la colorer avec de l'éosine-bleu de Giemsa qui, comme on sait, colore en rose violacé la *spirochaeta pallida :* coloration caractéristique qui a beaucoup d'importance pour le diagnostic différentiel.

Notre premier résultat a été *constamment* négatif et nous en avons conclu à l'absence de la spirochaeta dans les tissus dentaires.

Plus tard nous avons légèrement modifié notre technique en suivant comparativement la méthode du frottement de Hoffmann et celle de Volpino par *imprégnation* d'argent. Nous avons pu ainsi confirmer pleinement la présence du *treponema pallidum* dans les tissus dentaires démontrée avant nous par le Prof. Pasini de Milan et dernièrement par le Prof. C. Lombardo de Modène.

La technique employée est la suivante :

On coupe avec des ciseaux les maxillaires des fœtus à examiner et on les fixe pendant quelques jours dans de la formaline à 10 o/o. Pensant que si nous avions soumis les préparations à la décalcification, le liquide décalcifiant employé pour la recherche des altérations des tissus dentaires aurait pu troubler la délicate réaction au nitrate d'argent, nous avons extrait des maxillaires les germes dentaires et, après en avoir détaché la calotte de la dentine déjà calcifiée, nous avons aussitôt pratiqué sur eux l'imprégnation d'argent. Les préparations, renfermées dans la celloïdine et la paraffine, coupées en séries et en entier puis traitées comme d'ordinaire par le Giemsa nous ont donné les résultats suivants (fig. 11 et 12) :

Présence de la *spirochaeta pallida* de Schaudiun et

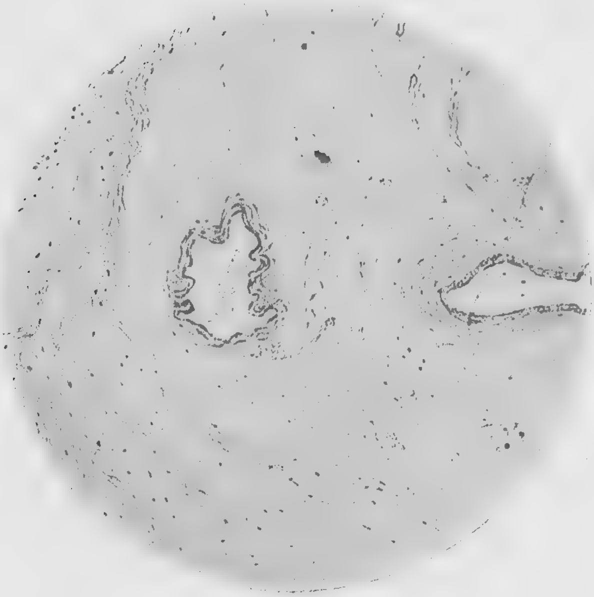


Fig. 9. — Endo-artérite.

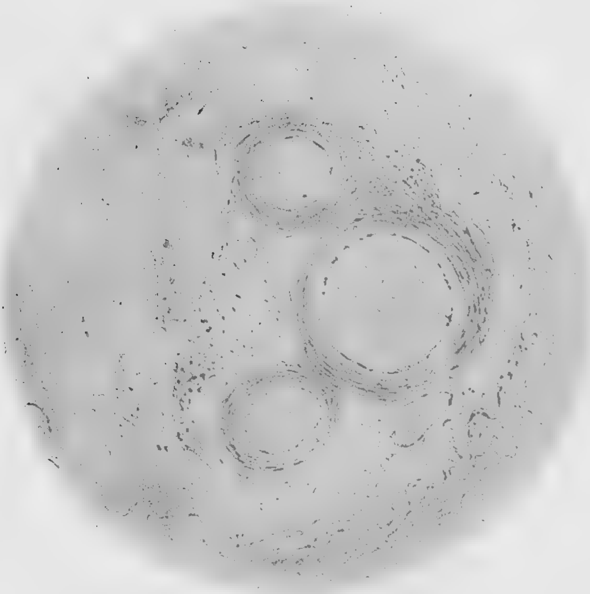


Fig. 10. — Endo-artérite. — Péri-artérite. — Hémorragie. Infiltration parvicellulaire.

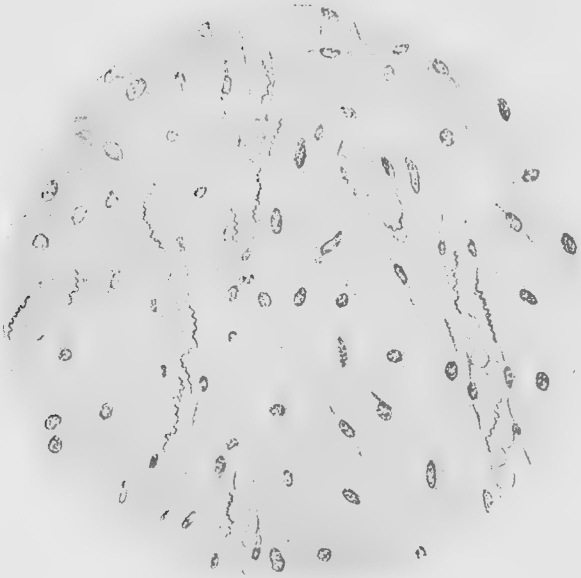


Fig. 11. — Spirochaeta pallida.

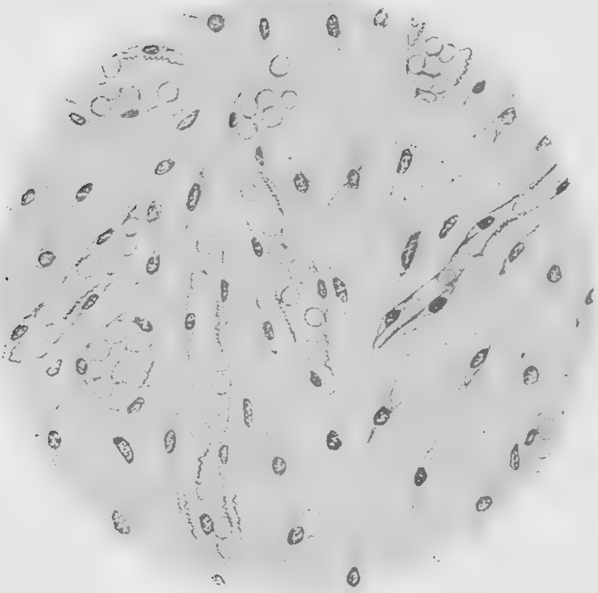


Fig. 12 — Spirochaeta pallida.

Hoffmann qui apparaît comme un mince filament en spirale (8 à 12 spires très serrées et régulièrement distribuées), surtout dans la cavité des vaisseaux sanguins, mais aussi sur l'endothelium et dans le voisinage des vaisseaux.

Pour la pulpe des dents syphilitiques, la technique a été la même : fixage dans de la formaline à 10 o/o ; réaction au nitrate d'argent ; inclusion dans la paraffine ; section en série ; coloration avec la Giemsa. Le résultat paraxitologique a fait constater la présence de la *spirochaeta pallida* dans la cavité des vaisseaux sanguins.

La présence de la *spirochacta pallida* dans les tissus dentaires coïncidant avec les altérations des vaisseaux et les autres altérations anatomo-pathologiques des tissus mêmes prouve sans aucun doute qu'elle est la cause immédiate et certaine de ces lésions.

II. — **Contribution clinique.**

Frappé de la fréquence des dystrophies dentaires dans la première dentition et du peu de cas qu'on en fait, nous avons recherché quelle était leur valeur et pouvons affirmer que ces lésions méritent d'être prises en sérieuse considération. En effet elles précèdent de quelques années les lésions des dents permanentes et on les observe même souvent avant les lésions oculaires, de sorte qu'elles permettent de signaler l'hérédité syphilitique longtemps avant l'apparition des premiers stigmates. Les dents de lait se forment dans la première moitié de la vie fœtale, alors que la syphilis ne fait sentir que bien rarement son influence et est, si elle intervient, une cause fatale d'avortement ; il en résulte que ces dents, à de rares exceptions près, ne devraient pas être intéressées. Beaucoup d'auteurs, se basant sur ces faits et considérant en outre que les dents de lait sont plus fragiles, plus sujettes aux caries (surtout quand elles sont gâtées d'avance) et plus caduques que les dents permanentes, ce qui rend moins apparentes leurs lésions, ont négligé dans leurs recherches les dents de lait comme insignifiantes. Mais si on considère que l'éruption et la calcification des dents, aussi bien celles de lait que les permanentes, sont la plupart du temps retardées dans la syphilis héréditaire et les dents de lait dentifient peu de temps avant la molaire de six ans, on se rendra compte de la fréquence des lésions dentaires dans la dentition de lait. Elles ont du reste la même valeur que les lésions des dents permanentes puisqu'elles sont le résultat de la même cause morbide.

On observe l'érosion sur la première ou la seconde dentition suivant le moment où agit la cause morbide inhibitoire, la syphilis héréditaire.

Si, comme à l'ordinaire, la syphilis exerce son influence sur le fœtus dans les derniers mois de la grossesse ou dans les trois mois qui suivent la naissance, on trouvera lésées : la dent de six ans, les incisives, les canines. Mais il peut arriver que la cause perturbatrice intervienne dans les premiers mois de la grossesse — dans la période de formation des dents de lait — puis s'atténue et cesse ; alors nous trouverons les dents de lait lésées et, plus tard, les dents permanentes seront indemnes. C'est ce qui explique que beaucoup d'enfants ne portent aucune trace de syphilis dentaire ; la maladie s'est atténuée dans la période d'évolution des dents de la première dentition et quand celles-ci disparaissent, les signes de l'infection syphilitique disparaissent avec elles.

On peut donc considérer comme inexacte l'affirmation de certains auteurs d'après lesquels la dystrophie dentaire appartient seulement à la seconde dentition. Sept fois sur cinquante-six cas dans la première dentition, nous avons observé, outre les érosions coronaires et cuspidiennes, la dent de Hutchinson.

Capdepont, Tronchon et Oberwarth ont fait la même constatation.

De plus nous avons observé dans beaucoup de cas une érosion en nappe ou *gâteau de miel* sur les secondes molaires de lait et quelquefois aussi sur les premières, lésion presque systématique qui n'a encore été signalée par aucun auteur.

Nous avons aussi observé cette lésion chez des sujets adultes quand ces dents persistent à la place des dents permanentes. Notons en passant que la *persistance des dents de lait* est très commune dans la syphilis et a une grande importance quant à l'hérédité. Elle démontre en effet, qu'à un moment donné, cette grave affection a dû arrêter ou tout au moins vicier le développement de la dent permanente.

Taches blanches. — Dans deux cas avec contribution spéciale, nous avons constaté une nouvelle altération comme syphilis héréditaire incontestable.

Sur la couronne de la dent, spécialement sur la face labiale, nous avons observé des *taches blanches,* opaques, irrégulières, variant de grandeur, de forme et de nombre, assez semblables aux taches qu'on voit sur les ongles.

La surface de ces taches n'était pas lisse, mais rugueuse, légèrement ridée et le tissu semblait plus lâche, d'un grain plus gros. Au toucher on avait une sensation analogue à celle que produit le papier de verre.

Dans l'un des cas nous avons constaté la lésion que sur la canine seule, en même temps que la dent de Hutchinson et l'atrophie cuspidiennes de la première molaire ; dans l'autre la lésion se trouvait sur les incisives médianes, sur les canines et sur les premières grosses molaires.

Les dents ont poussé avec ces lésions.

La disposition des taches n'était pas symétrique, mais le fait de les avoir observées régulièrement et exclusivement sur les dents qui sont le plus souvent lésées dans la syphilis héréditaire nous fait supposer que c'est à cette maladie qu'on doit attribuer ces dystrophies.

Observations cliniques. — Outre les trente-sept cas de dentition syphilitique héréditaire déjà publiés, nous avons eu l'occasion d'en recueillir dernièrement dix-neuf autres.

Nous en exposerons quelques-uns.

Le plus intéressant est un cas de syphilis de la *troisième génération* ou *syphilis atavique,* car les stigmates dentaires observés, extrêmement caractéristiques, sont pareils à ceux qu'on trouve dans la syphilis héréditaire proprement dite ou de la seconde génération (*dent de Hutchinson, atrophies cuspidiennes sur les incisives,* sur les canines et sur les premières molaires permanentes).

Valeur diagnostique. — Toutes les dystrophies dentaires doivent-elles être attribuées *exclusivement* à la syphilis héréditaire? Les érosions banales, isolées, constatées ici et là sur quelques dents peuvent fort bien dépendre d'une autre cause morbide agissant dans la période de l'évolution du follicule et contrariant cette évolution ; mais les érosions symétriques, systématisées, qui se localisent toujours sur les mêmes variétés de dents, toujours au même niveau pour les dents du même rang et à un niveau différent pour les dents d'autres rangs ne peuvent être attribuées qu'à la syphilis qui est presque la seule maladie ayant une influence morbide sur le fœtus dans la vie intra-utérine ou dans les premiers mois qui suivent la naissance.

Le professeur Fournier affirme que sur cent cas d'érosions dentaires, quatre-vingts doivent être attribués à la syphilis héréditaire et vingt à d'autres causes, sinon à une *hérédité syphilitique inconnue ou ancienne.*

La nature même de la syphilis explique la fréquence de son intervention dans la formation des altérations dentaires.

Comme maladie essentiellement dystrophique elle mine puissamment la nutrition et le développement de tous les organes, de tous les systèmes ; il n'y a donc pas à s'étonner qu'elle fasse si souvent sentir son influence sur le système dentaire : la formation des lésions dentaires coïncide d'ailleurs parfaitement avec la période la plus active de la syphilis.

III. — **Existe-t-il une dent pathognomomique de la syphilis?**

Il est incontestable que la syphilis, loin de se borner, comme nous l'avons vu, aux formes simples de la dent de Hutchinson, peut réaliser toutes les altérations dentaires possibles ; mais on ne peut les considérer toutes comme des altérations pathognomomiques de la syphilis héréditaire.

Pour l'école française et spécialement pour Fournier, les stigmates dentaires pathognomomiques de la syphilis héréditaire sont les suivants :

1° Dent de Hutchinson ;

2° Atrophie cuspidienne de la première molaire permanente ;

3° Dystrophies cuspidiennes multiples et systématisées des dents permanentes.

Nous ajouterons :

4° Dystrophies multiples et systématisées des dents de lait.

En effet, puisque les dents de lait présentent les mêmes lésions symétriques et systématiques que les dents permanentes (*incision semi-lunaire de Hutchinson* sur les incisives, *érosion en sillon* sur les canines, *érosion en nappe ou gâteau de miel sur les molaires*) ; puisqu'elles montrent les mêmes altérations anatomo-pathologiques des tissus, les mêmes altérations des vaisseaux et la *spirochaeta pallida,* il n'y aucune raison de ne pas attribuer à ces lésions une valeur pathognomomique égale.

Etant donnés les faits nouveaux que nous venons d'exposer, quelle signification peut-on attribuer aujourd'hui aux *stigmates dentaires ?* Doit-on encore les considérer comme des *stigmates dystrophiques,* ou comme des *stigmates syphilitiques* dans le sens strict du mot ? En d'autres termes sont-ils de nature ou simplement *d'origine syphilitique indirecte ?*

La question embarrassante autrefois à cause des nombreuses objections qu'on pouvait encore faire à l'interprétation des faits cliniques seuls est facile à trancher aujourd'hui grâce aux preuves positives que nous pouvons apporter.

L'anatomie pathologique nous enseigne que les réactions anatomiques des tissus contre le virus syphilitique se traduisent par un double procédé d'infiltration des globules et d'hyperplasie conjonctive.

IV. — **Conclusions.**

Voici donc les résultats de nos recherches anatomo-pathologiques sur les tissus dentaires chez des sujets syphilitiques héréditaires et sur les dents à l'état embryonnaire de fœtus *macérés,* avec syphilis héréditaire contrôlée :

I. — *Altérations vasculaires : endo-artérite, périartérite, hémorragie et infiltration parvi-cellulaire.*

II. — *Altérations anatomo-pathologiques des tissus dentaires : bourrelet et étranglement de la papille* qui sont en rapport, cliniquement, avec les atrophies cuspidiennes ; *altérations de l'émail et de l'ivoire ; espaces interprismatiques ; espaces interglobulaires ; îlots arrondis ; granulations,* le tout résultant d'un trouble inhibitoire ayant agi dans la période de formation des tissus.

III. — La présence de la *spirochaeta pallida* dans le follicule et dans la pulpe dentaire, dans la cavité, sur les parois et dans le voisinage des vaisseaux en même temps que les lésions citées plus haut, lesquelles doivent lui être attribuées.

Ces faits sont à eux seuls si éloquents et si significatifs qu'ils nous permettent de conclure que *les stigmates dentaires doivent être considérés comme de nature syphilitique et non pas seulement d'origine syphilitique indirecte.*

QUELQUES NOTES SUR LES BRIDGES A LONGUE PORTÉE ET A SELLES RÉSULTATS LOINTAINS

PAR H. MASSON,

Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

Il nous a paru intéressant de publier les résultats à longue échéance de cinq cas de restauration des dents du maxillaire supérieur, au moyen de bridges étendus, et d'en tirer des déductions qui semblent en opposition avec les conclusions généralement admises.

Il serait difficile, à l'heure actuelle, de faire la synthèse de nos connaissances sur les travaux à pont. D'innombrables articles et d'excellents traités ont, du reste, été publiés, les uns faisant l'apologie des bridges, les autres les condamnant irrémédiablement, en particulier les bridges étendus. Là, comme en toute chose, les opinions outrancières sont une forme d'exagération critique ; comme toute méthode, les bridges-works ont leurs avantages et leurs inconvénients.

Cependant il est un point sur lequel il importe d'insister, avant d'entrer dans des considérations de détail, et qu'à mon avis on n'a jamais fait suffisamment ressortir.

Eliminant les considérations d'ordre mécanique : principe d'application des forces, étude des bras de levier, question de l'équilibre articulaire, qui nous permettent d'utiliser judicieusement et en raison de leur valeur intrinsèque les points d'appui que nous offrent les dents, il nous est facile et loisible de diminuer et de réduire à leur strict minimum les impédimenta du bridge.

J'ai toujours été frappé de ce fait, et c'est sur ce point que j'aimerais voir les auteurs s'appesantir, que les ennuis et les résultats souvent médiocres que donnaient les travaux à pont, après un laps de temps souvent réduit, étaient dus à ce que j'oserai nommer une malfaçon.

Les méthodes et traités qui enseignent les diverses étapes à parcourir pour mener à bien cette construction semblent faciles à suivre, les croquis et schémas sont aisés à comprendre ; ils le sont beaucoup moins à exécuter. Il est admis, par exemple, que les couronnes en or sont un des meilleurs moyens de restauration dentaire, lorsque nous ne pouvons plus utiliser les substances métalliques ou plastiques. Il n'en est pas moins vrai que certaines couronnes constituent de petits foyers d'infection, que vient recouvrir une gencive hypérémiée et fongueuse, stade de début d'un processus inflammatoire qui ne demande qu'à se généraliser. Les bords de la couronne ne s'appliquent pas suffisamment contre les parois de la dent qu'elle devrait sertir ; il se forme là des réceptacles où les détritus alimentaires trouvent asile pour fermenter.

C'est là pour le bridge une cause de moindre durée : l'insuffisance de préparation mécanique, l'insuffisance dans le décorticage des moignons et dans l'ajustement des colliers et des anneaux qui les entourent sont une des principales causes qui réduisent souvent à quelques années la durée des travaux à pont.

G. Villain, dans un numéro de *L'Odontologie* d'avril 1907 a méthodiquement et longuement exposé la synthèse des critiques que l'on peut adresser au bridge-work.

Quoi qu'il en soit et jusqu'à l'heure actuelle, comme il n'est guère de critérium absolu de certitude sur les indications formelles des travaux à pont, il faut nous contenter d'une sage modération dans leur usage et ne point les appliquer de façon exagérée. Le sacrifice de dents saines ou peu atteintes, lorsque nous les prenons comme point d'appui, reste toujours et malgré tout un acte d'exagération dont il devient difficile de rendre compte ; il entraîne avec lui la nécessité d'un examen de l'état général du patient, et si la question si discutée de l'ankylose radiculaire et des modifications histo-pathologiques que subit le ligament alvéolo-dentaire peut se poser alors que nous prenons des dents saines pour piliers, elle perd de sa valeur lorsque nous utilisons, en leur lieu et place, des racines sauvées par un long traitement ou des organes que nos procédés d'obturation n'auraient pas su rendre à leurs fonctions physiologiques. Les actes humains n'ont dans le temps qu'une valeur relative et quand pendant nombre d'années un bridge construit en respectant ces principes aura, tant au point de vue esthétique que physiologique, rendu d'inappréciables services, on ne pourra guère en demander plus, car il y a largement équivalence entre les sacrifices exigés et les résultats obtenus.

Je retracerai brièvement l'histoire d'un seul des cinq cas de bridges complets que j'ai eu l'occasion de traiter, parce qu'il est de date ancienne déjà ; il remonte à octobre 1904. Les autres cas ne sont d'ailleurs que des variantes de ce premier cas et n'en diffèrent que par les points d'appui.

Le patient, un homme de robuste constitution, du type musculaire, portait un appareil prothétique dont la stabilité était assurée par des anneaux entourant ce qui subsistait des deuxièmes molaires et des crochets placés sur les canines, seules dents qui lui restaient encore. Ces dents, d'ailleurs en fort mauvais état, avaient été reconstituées par des obturations étendues et leur sacrifice, en tant qu'utilisation comme point d'appui, était parfaitement légitime. Je n'insisterai pas sur les détails d'exécution d'un semblable appareil, dont la construction par sections et la réunion de celles-ci en une pièce unique n'offrent pas de particularités remarquables.

Je noterai cependant que pour le placement des surfaces articulaires de ces bridges étendus il est indispensable d'employer les articulateurs dits anatomiques. Il importe que dans l'acte d'occlusion parfaite les pressions soient réparties sur les surfaces triturantes et sans qu'un des piliers ait à subir un traumatisme répété et que lors de l'occlusion en avant dans l'acte d'incision, par protrusion de la mâchoire inférieure, les deuxièmes molaires inférieures viennent en contact par leur tubercule distal avec les tubercules mésiaux des faces articulaires des couronnes du bridge. Dans cette position physiologique, qui constitue un des temps les plus importants de la mastication, la stabilité du bridge est assurée par les trois points de contact du triangle dit de Bonwill.

Les appareils prothétiques peuvent, par enfoncement, déplacement, mobilisation plus ou moins légère, échapper à des pressions trop considérables ; les bridges fixes sont contraints à recevoir les pressions *in toto*.

Dans un des cinq cas de bridges complets dont je cherche à synthétiser l'histoire, le triangle de Bonwill n'était pas réalisé d'une façon parfaite et l'intensité des forces agissant sur la région incisive était telle qu'elle fut suffisante une première fois pour desceller le bridge au niveau de ses attaches postérieures, puis une seconde fois pour déterminer à quelques jours de distance la cassure de la face de porcelaine de la même région. Ces incidents cessèrent aussitôt que, pour établir le contact de la région molaire, nous eûmes décidé de faire bilatéralement sur les deuxièmes grosses molaires inférieures des aurifications un peu en saillie en forme de clou à tête arrondie, dont le sommet en forme de tubercule anatomique offrait sa surface d'articulation aux tubercules des molaires antagonistes dans la position d'incision.

Cette modification, en apparence insignifiante, fut suffisante pour assurer au pont, même sans l'usage d'agents de scellement, une fixité parfaite.

Dans une communication particulièrement intéressante que faisait cet hiver G. Villain à la Société d'Odontologie, l'auteur étudiait (chez un sujet à occlusion normale) les forces agissant dans le sens disto-antérieur sur les dents incisives, et très logiquement, en déduisait que la composante des forces, de quelque façon du reste qu'on les matérialisât, tendait à pousser en avant ces organes et pouvait, si l'articulation n'était pas douteuse, dans la région molaire, amener *quam sæpessime* la fracture des racines en cause. De fait, au cours des 4 à 500 cas de bridges que j'ai traités, j'ai observé maintes fois dans des cas peu étendus, comportant la restauration de dents antérieures, la mobilisation en avant, amenant l'ébranlement progressif des piliers d'appui.

Comme conclusion pratique G. Villain conseillait la préparation à double plan des racines, incisives et canines ; le plan buccal laissé aussi haut que possible, de façon à offrir un maximum de résistance aux pressions exercées dans la direction linguo-vestibulaire.

Dans les bridges étendus, cet inconvénient est très diminué : les attaches sur les dents postérieures s'opposent à cette poussée en avant ; les pressions sont plus intégralement réparties sur l'ensemble des points d'appui. La continuité de la surface articulaire rappelle la continuité des faces mastiquantes des dents normales ; la question de l'équilibre articulaire se trouve plus intégralement résolue que dans les cas de bridges peu étendus.

Les conditions *optima* sont réalisées quand les piliers sont équidistants, les pressions sont alors réparties ; et si elles ont tendance à s'exagérer, elles ne s'exercent pas toujours dans le même sens, permettant ainsi aux dents servant de points d'appui une sorte de demi-mouvement physiologique, qui ne peut que leur être favorable.

Il serait trop long d'étudier la valeur d'attache de chacune des dents prises comme moyen de rétention dans ces appareils étendus, je me contenterai d'ajouter ce qui suit :

Lorsque dans les bridges très étendus les piliers sont trop éloignés, lorsque pour des raisons cliniques les pressions qui s'exercent entre deux des points d'appui paraissent exagérées, je n'hésite pas à employer les selles fixes, reposant directement sur les gencives et en contact absolu avec elles. Les résultats expérimentaux sont dans ce sens d'accord avec les conclusions auxquelles les faits d'observation permettent d'aboutir. Rappelons brièvement que les gencives sont, au point de vue histologique, constituées par un tissu conjonctif dans lequel dominent en majorité les fibres élastiques à trame serrée et dense. J'ai, il y a quelques années, examiné, au laboratoire de mon maître le Professeur Chatin, nombre de coupes de gencives, chez les vertébrés supérieurs et chez l'homme ; j'y ai toujours observé cette richesse en éléments élastiques avec très peu de cellules dites migratrices, et peu ou pas de glandes unicellulaires excrétrices. Le derme extrêmement résistant se trouve recouvert par un épithélium pavimenteux stratifié, dont les cellules tout à fait supérieures sont très chargées d'éléidine, et où les phénomènes de desquamation sont presque nuls. La gencive qui se reforme après les plaies de l'extraction, quand la résorption des procès alvéolaires est définitive, est de nature plus fibreuse encore, puisqu'elle est d'ordre cicatriciel, et ne comporte en aucune façon d'éléments excréteurs. Ces considérations histologiques m'ont toujours paru justifier d'une façon suffisante l'emploi des selles à poste fixe.

J'en ai fait depuis cinq ans de nombreuses applications, et elles m'ont toujours donné d'excellents résultats.

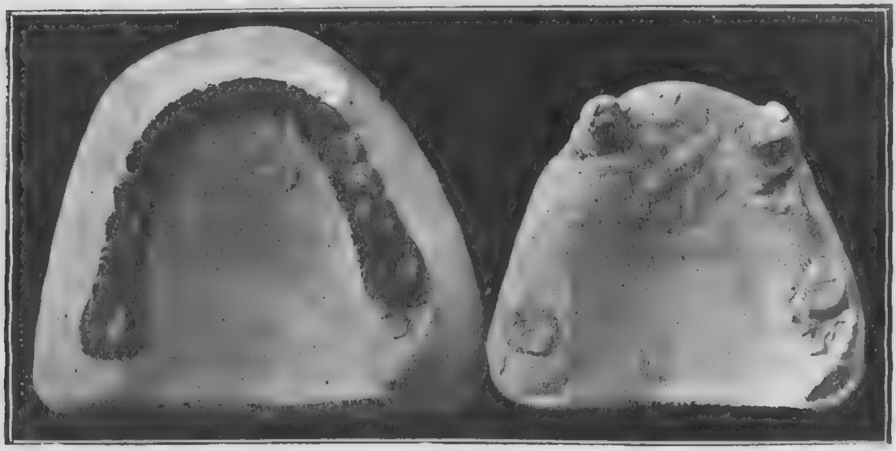
Elles permettent l'usage de ponts dans des cas qui me paraissaient au préalable ressortir du domaine de la prothèse ordinaire et se prêtent à toutes les combinaisons d'ordre mécanique : emploi des dents à tubes, gencives en continuous gum, etc.

Je n'insisterai pas, car le temps me manque sur les indications que commande leur emploi : ajustement parfait, limite à la crête, adaptation rigoureuse, dégagement absolu des prolongements et des attaches musculeuses de la région ; ces faits se déduisent d'eux-mêmes.

Je terminerai en disant que, grâce à une couche extrêmement mince d'un ciment à l'oxyphosphate de zinc très liquide au moment du scellement, leur adaptation se trouve parfaite.

J'ai revu au cours de ces cinq dernières années les patients porteurs de bridges complets, de bridges très étendus avec selles, à des intervalles de temps plus ou moins espacés. Les appareils s'étaient admirablement comportés et rien ne semblait mal augurer pour l'avenir. Je procède à chaque visite à un nettoyage soigné, à l'aide d'une solution fraîche d'eau oxygénée, au nettoyage des parties de ces bridges plus ou moins inaccessibles à la brosse.

J. Tellier, de Lyon, il y a quelques années, dans un article très documenté que publiait *L'Odontologie*, signalait les heureuses modifications de circulation gingivale qui suivaient ces nettoyages partiels, le mucus et les produits de désassimilation buccale, ayant tendance, malgré les précautions d'hygiène les plus rigoureuses, à s'attacher fortement aux parties en retrait des bridges, là où les frottements mécaniques sont impuissants à les déloger. En même temps qu'il permet de vérifier l'état articulaire, la solidité d'attache du bridge, cet assainissement à périodes à peu près fixées exclut toute tendance à l'inflammation des gencives, les couronnes n'étant somme toute que des corps étrangers, tolérés par l'organisme.



Je me résumerai donc brièvement en disant que :

1° Les bridges rationnellement construits sont, dans les appareils prothétiques, ceux qui peuvent donner le maximum de satisfaction ;

2° L'étude des points d'attache, la question d'application des forces, l'étude des leviers des supports, la résistance étant éliminée, la préparation des points d'appui reste un des facteurs capitaux dans l'exécution de ces appareils ;

3° Que leur durée est en rapport avec le soin et la perfection d'ajustement des moyens de rétention ;

4° Que ces conditions sont réalisées au maximum dans les bridges étendus, mieux encore dans les bridges complets ;

5° Que, par la répartition des points d'appui, ceux-ci semblent réaliser les meilleures conditions de stabilité ;

6° Que les selles à poste fixe peuvent être utilisées avec succès et que théoriquement rien ne semble s'opposer à leur emploi ;

7° Que des résultats cliniques d'une période de cinq années apportent une justification à ces considérations théoriques.

REVUE DES REVUES

LES DENTS BIEN CALCIFIÉES ET LES DENTS MAL CALCIFIÉES

Par Eugène Talbot, de Chicago.

Traduit du Dental Cosmos

PAR

Eugène Darcissac, D. D. S., de l'Université de Pensylvanie,

Lauréat de l'Ecole dentaire de Paris.

Le Dr Black publia, il y a quelques années, un article intitulé : Etude sur les caractères physiques des dents de l'homme par rapport à leurs maladies, aux travaux de dentisterie opératoire et aux propriétés physiques des obturations métalliques. Les recherches furent approfondies, laborieuses et complètes. Il fit les conclusions suivantes :

« Les dents sont le plus solides à l'adolescence et à la première période de l'âge adulte, elles perdent un peu de cette résistance à un âge plus avancé.

» Les dents qui n'ont plus leur pulpe et qui se sont décolorées, perdent notablement de leur force, vraisemblablement à cause d'une altération de la substance organique.

» Les dents qui sont très usées par la mastication et dont la pulpe s'est si calcifiée qu'elle ne concourt plus à la nutrition de la portion coronale de l'ivoire, perdent de leur force, pour la même raison.

» Les dents des vieillards, et principalement chez ceux qui font de la calcification pulpaire, perdent de leur force.

» Il n'y a aucune raison pour dire, que les dents des enfants audessous de douze ans, sont trop « molles » pour supporter des obturations métalliques.

» Les différences de densité ou de pourcentage des sels calcaires des dents, ne sont un critérium ni de leur force, ni de leur dureté, ces deux qualités dépendent de la substance organique.

» Les différences de résistance des dents, leurs différences de densité ou de pourcentage en sels calcaires n'ont aucune influence sur leur prédisposition à la carie.

» La cause efficiente de la carie ne dépend pas des dents ellesmêmes, c'est une cause extrinsèque. Et en considérant ce qui a été dit jusqu'ici, la conclusion logique est que les causes de prédisposition individuelle à la carie, dépendent de la constitution, qui par l'intermédiaire des liquides buccaux, agissent sur les causes efficientes en augmentant ou en diminuant leurs effets.

» La carie ne dépend pas de l'état des tissus dentaires, mais de causes extérieures.

» Les défauts de structure des dents, tels que les fissures, les surfaces non polies, irrégulières, les points de contacts défectueux, ne sont des causes occasionnelles que parce qu'elles permettent aux causes efficientes d'agir pour produire la carie.

» Le but que l'on désire atteindre par l'obturation des dents, est d'éloigner toutes les causes de la carie par l'occlusion de la cavité, en donnant à l'obturation une forme telle que les détritus ne puissent plus pénétrer autour des bords de l'obturation.

» Il n'y a aucune raison pour supposer que certaines dents sont trop « molles » ou trop mal calcifiées pour supporter des obturations à l'or ou avec d'autres métaux. L'expérience a prouvé depuis qu'elles étaient suffisamment solides.

» Le choix et l'adaptation des substances obturatrices pour les dents « molles », « dures » fragiles, ou mal calcifiées ne reposent sur aucune base. Ce choix peut dépendre des conditions extérieures aux dents elles-mêmes et des découvertes futures nous aideront dans ce but.

» A l'heure actuelle, le jugement individuel de chaque opérateur doit présider au choix des substances obturatrices dans les différents cas, pour obtenir le travail le plus parfait, en tenant compte des conditions locales, de son adresse personnelle et de la résistance des substances obturatrices.

» Il n'y a aucune raison pour supposer que les troubles trophiques du ligament alvéolo-dentaire, ou la pyorrhée alvéolaire, se rencontrent chez les personnes qui ont des dents « dures » de préférence à celles dont les dents sont moins denses.

» Il n'y a aucune raison pour soigner médicalement les femmes enceintes dans le but de leur fournir des sels calcaires afin d'éviter le « ramollissement » de leurs dents, et avec l'idée de donner à l'enfant des dents mieux calcifiées. »

Le D^r^ Kirk, dans son intéressant article : « Les signes caractéristiques de la structure des tissus durs des dents au sujet des expressions dents « dures » et dents « molles », dit : « Je suis réellement convaincu que les principales conclusions du D^r^ Black sur les caractères physiques des dents sont exactes et bien fondées. »

Si l'on se place au point de vue dentaire et que l'on examine ces expériences, on peut dire, sans aucun doute, que le D^r^ Black et le D^r^ Kirk ont en partie raison. Tout le monde admettra qu'il y a une différence dans la structure des dents. Je cite comme exemple le cas d'un jeune homme robuste, de bonne santé, d'origine irlandaise, de vingt et un ans, que je soigne depuis quelques années. Il est d'une intelligence au-dessus de la moyenne, d'une santé parfaite et bâti comme un athlète. Les maxillaires ont six centimètres deux millimètres de diamètre au niveau des surfaces buccales des premières molaires. Il avait trente-deux dents solides, saines, dures, sans une cavité. Il contracta la syphilis. En deux ans ses dents se décalcifièrent, caries à marche rapide, érosion, abrasion, décoloration et polyarthrite alvéolo-dentaire. Au bout de six ans, ces troubles s'arrêtèrent, ainsi que la gingivite, mais ses dents restèrent « molles » et depuis la carie évolue classiquement et progressivement. Voilà un cas typique et rare de décalcification des dents après une maladie.

C'est un fait bien connu que nombre de personnes de cinquante ans qui n'ont jamais employé de brosses à dents ou d'antiseptiques ont trente-deux dents, dures, saines, sans carie.

Nous avons donc les deux cas extrêmes de dents « dures » et de dents « molles ». Discutons les conclusions du D^r^ Black au point de vue biologique et non au point de vue dentaire, et voyons ci ce problème n'a pas une autre solution.

En relisant les conclusions du D^r^ Black, un rayon de lumière jaillit des quatre premiers paragraphes, c'est tout ce dont nous avons besoin pour atteindre notre but.

Le D^r^ Black admet que les dents diminuent de force avec l'âge ; que lorsque les pulpes sont mortes les dents se décolorent et perdent notablement de leur force probablement à cause de la dégénérescence de la substance organique ; que lorsque les pulpes se calcifient la nutrition n'existe plus et l'ivoire n'a plus la même résistance pour la même raison ; que les dents des personnes âgées, et spécialement celles dont les pulpes se calcifient, perdent de leur force.

Mon but est de prouver que toutes ces conditions évoluent par changements systématiques.

Avant d'aborder le sujet dans ce sens, discutons d'abord ce que l'on appelle dents « dures ».

L'examen des dents des squelettes appartenant aux races les plus anciennes, nous montre une grande différence de structure et de forme si on les compare à celles d'aujourd'hui. Les dents des squelettes anciens ont en général les couronnes courtes et bombées ; il existe un grand espace alvéolaire interradiculaire ; elles sont profondément enfoncées dans les maxillaires ; les racines sont courtes et pointues, les bords alvéolaires épais. Ces dents sont solides et de texture fine (signes connus des savants pour déterminer l'évolution des animaux) ; il y en a presque toujours trente-deux. Les maxillaires ont cinq centimètres six millimètres à six centimètres deux millimètres de diamètre, variant avec la nationalité et les mœurs.

Les dents sont rarement cariées, et, lorsque l'on observe de la carie, c'est une ligne noire seulement dans les sillons des couronnes, presque jamais aux surfaces proximales. Les dents et les maxillaires sont mieux développés du fait que les anciens en faisaient un plus grand usage.

Le Dr Elliot Smith (du Caire) dit, dans la *Lancet de Londres*, au sujet de la carie des dents chez les Egyptiens il y a cinq mille ans: La carie dentaire était rare chez les hommes de la classe sociale la plus basse, et presque inconnue chez les enfants. Parmi les plusieurs milliers d'enfants trouvés dans les anciens tombeaux égyptiens, trois cas de carie seulement furent observés sur des dents temporaires. J'ai montré plusieurs fois que les dents et les maxillaires des hommes d'aujourd'hui s'atrophient faute d'usage.

Une loi de l'évolution nous venant des premiers Grecs, s'adapte exactement à ce fait. Aristote l'appelait la loi de l'économie du progrès, loi par laquelle un organe ou un tissu disparaissent au bénéfice de l'organisme tout entier. Lucrèce montra, il y a longtemps, comment les plus forts survivent, et comment les faibles disparaissent en vertu de la loi de la sélection naturelle. Lamarck l'appelait la loi de l'activité et de la dégénérescence cellulaire ; pendant que Darwin fondant ensemble ces différentes opinions l'appelle la loi de la sélection naturelle, et Osborn dans l'étude des animaux l'appelle la loi de compensation.

En interprétant cette loi et en l'adaptant au sujet, on peut dire que dans leur évolution, la face, le nez, les maxillaires et les dents d'une part, et le cerveau d'autre part, luttent pour obtenir la meilleure nutrition. Le cerveau se développe avec plus d'activité que la face, les maxillaires, et les dents, dont l'activité est de moins en moins grande, vu l'état des circonstances actuelles. Minot dit que la face est une modification antéro-postérieure de celle des animaux inférieurs. Le cerveau se développe aux dépens de la face, du nez, des maxillaires et des dents, qui naturellement se développent moins, d'où leur dégénérescence. Un autre facteur, dont il faut tenir compte, est que ces tissus, qui sont de tout premier ordre, sont transitoires et plus facilement atteints par les maladies. La neurasthénie chez les parents et les maladies de l'enfance troublent l'équilibre du système nerveux, d'où il en résulte un excès ou un arrêt du développement des os de la face, du nez, des maxillaires, atteignant de même la structure des dents.

Une autre loi de l'évolution qui veut que les tissus reprennent leur forme, leur dimension, leur force et leurs caractères originaux est connue dans la science sous le nom d'atavisme, et est appelée par les éleveurs « throwbachs : atavisme ». D'après cette loi les enfants ont les caractères de leurs ancêtres. Ainsi un enfant n'a ni les formes extérieures, ni les tissus, ni les organes de ses parents, mais hérite les caractères d'un ancêtre. Cet ancêtre peut remonter à quatre ou cinq générations, or un enfant ressemble à ses ancêtres les plus anciens. Pour ces raisons il serait possible à un enfant d'hériter la face, le nez, les maxillaires et les dents ou n'importe quel organe des premières races. Les personnes qui ont trente-deux dents bien développées, sans cavités et qui n'ont jamais employé une brosse à dents ou d'antiseptiques buccaux le doivent à l'atavisme au même titre que la face, les maxillaires et les dents. Voilà précisément la source des dents bien calcifiées.

Nous venons de prouver que dans l'évolution normale de l'homme, les maxillaires, les dents, les procès alvéolaires, dégénèrent au profit de tout l'organisme. Les maxillaires mesurent maintenant en moyenne, cinq centimètres au lieu de six centimètres deux millimètres. Dans le diamètre antéro-postérieur, les maxillaires sont devenus orthognathes au lieu de prognathes, d'où la difficulté pour les trente-deux dents de trouver leur place. Pour compenser ce manque de développement les couronnes se sont rétrécies, les racines ne divergent pas autant qu'autrefois. Les espaces interalvéolaires sont moins grands, et les procès alvéolaires sont devenus plus longs et plus minces la susceptibilité aux maladies en devenant plus grande. Pour compenser encore ce manque de développement, la troisième molaire n'évolue pas chez quarante-sept pour cent de mes patients. Ajoutons à cette évolution normale les maladies héréditaires ou acquises qui modifient la structure externe et interne des dents, comme les dystrophies dentaires que nous observons et les espaces interglobulaires. Des tissus pathologiques ne peuvent donner une dentine ou un émail sains. Toutes ces modifications rendent les dents plus susceptibles aux influences externes ou internes.

Si vous êtes de l'avis du D^r^ Black, du D^r^ Kirk et de moi-même, à savoir que les dents diminuent notablement de force avec l'âge ; que lorsque les pulpes sont détruites ou lorsqu'elles se calcifient, la nutrition n'existe plus et les dents ou la dentine n'ont plus la même résistance, que les dents sont en train de dégénérer comme nous venons de le démontrer, la conclusion finale est donc précise : Les dents « molles » existent-elles ?

Nous avons indiqué que la face, le nez, les maxillaires et les dents dégénèrent au profit de l'organisme tout entier, que ces tissus sont transitoires et par conséquent plus facilement atteints par la maladie que les tissus sains et normaux, que la neurasthénie chez les parents et les maladies de l'enfant, causent un arrêt dans le développement des tissus dentaires quels qu'ils soient. Nous savons que la syphilis héréditaire et les maladies de l'enfant sont la cause de dystrophies dentaires. Si cela est vrai, d'autres maladies constitutionnelles ne produiront-elles pas les mêmes effets ? Dans de telles conditions une troisième dégénérescence des tissus dentaires mérite d'être étudiée. La pulpe est dans toute son activité au moment où elle forme l'ivoire et, ce faisant, elle concourt à sa propre destruction, c'est-à-dire elle dégénère.

N'est-ce pas là un merveilleux organe préparé pour la maladie, enfermé sans issue dans sa propre cavité ? Ce travail terminé (dentine) elle est en excellente condition (atrophie sénile) pour devenir un organe pathologique.

(A suivre.)

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Vᵉ CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL
Berlin 23-28 août 1909.

COMPTE RENDU

(*Suite*[1].)

Par GEORGES VILLAIN, D. D. S.
Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

III. — Travaux des sections.

1° SECTION D'HYGIÈNE DENTAIRE.

Au début de la seconde séance, présidée par *M. Cunningham*, de Cambridge, la résolution suivante est présentée.

Le Vᵉ Congrès dentaire international déclare que les soins dentaires dans l'armée et la marine sont nécessaires au maintien et à l'augmentation de la force vitale d'un peuple, et pense qu'on doit exiger que ces soins soient donnés par des chirurgiens-dentistes militaires diplômés.

Après une courte discussion cette résolution est adoptée par la section ; elle fut transmise en séance de clôture à la Commission d'hygiène de la F. D. I.

M. WITTHAUSS, de Rotterdam, est appelé à exposer un travail sur : *L'enregistrement de l'état de la bouche et du traitement comme moyen de propagation de l'hygiène dentaire.* La méthode actuelle d'enregistrement de l'état de la bouche est insuffisante. Le dentiste l'enterre avec ses registres annuels. Le patient ne trouve aucun intérêt aux papiers. Il faut lui expliquer que chaque dent forme un organe à part avec sa propre fonction, indispensable à l'harmonie de la denture et à la conservation de l'arcade dentaire. Au moment où les revendications de l'hygiène scolaire sont sur le point d'aboutir, il faut tenir en éveil l'attention des enfants et de leur famille par une description détaillée de l'état de la dent et ajouter l'importance de l'hygiène, et en même temps on aura un contrôle exact des travaux exécutés.

Le conférencier fait ensuite passer des exemplaires de registres.

M. KLEINSORGEN, d'Elberfeld : *L'hygiène dentaire moderne avec quelques considérations de l'âge, de quelques maladies et professions.* Le conférencier rappelle le rôle que joue la prédisposition dans la qualité des dents.

---

[1] V. *L'Odontologie* des 15, 30 septembre, 15, 30 octobre, 15 et 30 novembre 1909.

Il est utile que l'hygiène dentaire puisse créer un bon terrain et il recommande comme moyen thérapeutique l'alimentation des sels des os.

Le conférencier rappelle qu'il faut une hygiène appropriée pour les différents âges, il parle de la brosse à dents et indique un mode d'emploi qui diffère de celui qui est en usage maintenant.

Il parle de la seringue qui est dans certains cas, spécialement pour les vieilles personnes, un bon moyen pour nettoyer les interstices dentaires, recommande la thérapeutique graisseuse dans des cas où l'état pathologique, comme l'anémie, la grossesse, les ferrugineux, les professions, telles que celles des boulangers, confiseurs, ont une influence pernicieuse sur les dents. La thérapeutique des huiles qui consiste à polir les dents avec des corps gras tous les trois mois et l'emploi d'une pâte grasse dans l'usage de tous les jours sont un très bon moyen préventif.

M. VICTOR BENSOW, de Gothenbourg (Suède) : *Traitement des dents temporaires et des molaires de six ans chez les enfants de 7 à 9 ans dans la clinique dentaire scolaire centrale.* L'auteur désire qu'on traite au cours de la discussion la question : Dans quelle mesure l'extraction est justifiée chez des enfants des écoles primaires de 7 à 9 ans ? Le principe « d'extraire toutes les dents qu'on ne peut plus obturer » ne peut être appliqué, d'après l'avis de l'auteur.

Au point de vue théorique, on défend ce principe avec les exigences hygiéniques générales, spécialement pour combattre les maladies contagieuses.

C'est à cela que l'auteur oppose la réduction de la mastication avec ses conséquences physiques : contractions maxillaires, déplacements de dents permanentes, avec le danger de malocclusion, le danger de rendre le traitement postérieur plus pénible. Cependant l'extraction ne doit être négligée que dans la supposition que l'enfant a bien appris à soigner sa bouche.

Seulement quand l'enfant quitte l'école à 13 ou 14 ans, on devrait demander une bouche avec des dents bien soignées et en bon état.

Cependant l'utilité d'une extraction symétrique chez des écoliers sous certaines conditions est également proposée par l'auteur. Le discours d'ouverture de la clinique dentaire scolaire de Gothenbourg sera fait sur ce thème à l'appui des projections et des chiffres.

M le Prof. HADERUP, Copenhague : *Importance de l'hygiène de la bouche et des dents comme préservatif des maladies infectieuses, surtout de la tuberculose.* Le Dr Röse et le prof. Jessen ont présenté à la section X la thèse suivante :

Le service dentaire scolaire est un moyen essentiel de préservation et de lutte contre des maladies infectieuses, surtout contre la tuberculose.

La question très discutée aboutit à celle-ci : La carie dentaire peut-elle être la porte d'entrée de la tuberculose ?

Comme garants, il cite Starck, Klebs, Euler et Partsch ; ce dernier fait connaître les raisons pour lesquelles on observe rarement l'invasion de cette maladie par cette voie.

Il s'agit ici de l'importance à donner aux soins de la bouche et des dents dans les maladies infectieuses, parmi lesquelles on compte maintenant la tuberculose, et des moyens de désinfection à employer pour éloigner de la bouche et du pharynx toute trace de bactéries.

MM. M. Bôn et Ch. von Campenhout, dentistes des écoles de Bruxelles, présentent un rapport sur : *Le service odontologique dans les établissements d'instruction publique.* L'artisan, l'ouvrier, sont entourés d'un réseau de mesures protectrices par nos lois interventionnistes ; ils sont assurés contre le chômage, contre la vieillesse et la maladie. La sollicitude de la collectivité tend à assurer leur développement moral et matériel ; aussi, les Administrations communales ont-elles créé depuis de nombreuses années dans la capitale et dans quelques communes importantes des dispensaires où la dentition de l'enfant est surveillée avec soin.

Il est à désirer que les sociétés dentaires agissent pour que toutes les Administrations communales et provinciales établissent un service dentaire dans leur ressort, qu'elles montrent par des publications et des conférences les dangers d'une mauvaise hygiène dentaire, d'une dentition mal soignée, qu'elles indiquent elles-mêmes la marche de l'organisation des services dentaires dans les écoles. Il faudrait donc pour que les succès répondissent à notre attente que la formalité tracassière de l'autorisation à donner par les parents disparût afin que le praticien pût agir *proprio motu*, en cas de nécessité et d'urgence.

Il formule le vœu suivant : « Le Congrès international dentaire réuni à Berlin en 1909 émet le vœu de voir toutes les Administrations communales et provinciales instituer un service dentaire dans les écoles communales. Il engage toutes les Sociétés dentaires à travailler dans ce but. »

M. Cunningham, de Cambridge, nous charme une heure durant par l'exposé de sa séduisante manière de comprendre la clinique dentaire des enfants. Il nous fait passer sous les yeux une série de vues d'un dispensaire dentaire pour enfants ; les soins sont donnés dans une salle très aérée, au milieu d'un joli jardinet où les bambins attendent en jouant le moment où ils seront appelés à l'inspection ou au traitement. Puis il nous apporte une brochure éditée avec luxe, très courte (quatre petites pages) intitulée : *Comment sauver les dents des enfants.* Ces brochures très instructives sont distribuées à profusion aux parents des enfants des écoles, ainsi qu une feuille d'instruction résumée indiquant en gros caractères quels sont les soins de la bouche.

M. Cunningham nous fait ensuite passer quelques-unes des feuilles adressées aux parents après la visite de la bouche des enfants ; ces feuilles indiquent les dents à traiter, les soins à entreprendre, et l'heure à laquelle ils pourront se présenter au dispensaire pour ces soins. Ces feuilles contiennent également les prescriptions indispensables à l'hygiène buccale et dentaire.

⁂

Les deux dernières séances de cette section sont réservées à l'hygiène dentaire publique et à l'étude de la création d'un comité international d'hygiène buccale.

M. SCHÄFFER-STUCKERT expose ses idées sur : *L'hygiène dentaire et l'hygiène générale.* Le conférencier fait ressortir l'importance de l'hygiène dentaire sur l'hygiène générale, il fait remarquer combien cependant cette hygiène est méconnue des autorités. Il se félicite de voir le mouvement et la propagande actuels en faveur de l'hygiène dentaire scolaire en Allemagne et espère que le Congrès aboutira à la formation d'un comité d'hygiène dentaire international.

LE PROF. JESSEN, de Strasbourg, expose ses idées sur l'hygiène dentaire scolaire ; nos lecteurs ont pu, dans le numéro de *L'Odontologie* du 30 novembre 1909, lire le travail de notre confrère strasbourgeois qui fut l'âme de cette section et à qui j'adresse ici, au nom de tous nos confrères français, l'expression de notre vive gratitude.

Jessen a, depuis la formation du Comité international dont je parlerai, fait preuve d'une activité exceptionnelle, et son influence a contribué à la création d'une sous-section d'hygiène dentaire au Congrès d'hygiène scolaire qui doit se tenir à Paris en août 1910.

M. GODON, de Paris, fait une communication sur *l'hygiène dentaire dans les écoles et dans l'armée,* avec un commentaire sur les circulaires des Ministres de l'Instruction publique et de la Guerre.

Notre confrère expose les mesures prises en France dans certaines écoles pour inspecter et traiter les dents des enfants, mesures qu'il y aura lieu d'étendre à toutes les écoles. Il expose de même les mesures prises dans l'armée française, qui ne constituent qu'un premier pas dans cette voie.

M. ALBIN LENHARDTSON, de Stockholm : *L'importance d'un comité international permanent pour réglementer l'hygiène publique de la bouche dans les différents pays.* La nécessité de la lutte contre la carie dentaire étant l'une des causes qui contribuent fortement à la dégénérescence des nations a de plus en plus été comprise par les autorités de divers pays dans ces derniers temps.

Les essais et travaux préparatoires faits jusqu'à présent montrent la nécessité d'une entente internationale pour obtenir le meilleur résultat possible.

Un comité international composé de médecins intéressés, de personnes des corps enseignants, de fonctionnaires, de dentistes, etc. doit naturellement pouvoir agir avec poids sur les autorités des pays respectifs.

Un pareil comité peut, d'autre part, de la meilleure façon étudier les questions y afférentes par suite du point de vue plus large et plus international qu'il aura, grâce aux trésors d'expérience, amassés dans les différents pays.

Le comité aura pour mission :

L'élaboration d'un matériel d'enseignement populaire approprié tel que traités populaires, conférences, illustrations, images à projection lumineuse, etc.

L'élaboration des lignes fondamentales pour l'organisation de cliniques dentaires populaires, le règlement de la question des honoraires des dentistes au service de l'hygiène publique de la bouche, la fixation des méthodes de traitement, des époques de traitement, l'organisation de cliniques dentaires militaires, l'établissement de règles normales pour l'admission des recrues en ce qui concerne les dents.

L'élaboration d'un projet de répartition du travail dans ces cliniques dentaires.

La création d'un recueil de littérature se rapportant à cette question afin de former ainsi des archives de grande valeur.

La fourniture de brosses à dents, de fauteuils d'opération, de matières obturatrices à bon marché et de bonne qualité, etc.

La réglementation de l'hygiène de la bouche dans les hôpitaux, spécialement les hôpitaux de tuberculeux, les asiles d'aliénés, les prisons, les établissements enseignants, etc.

Le travail du comité se fera de la façon suivante :

Toutes les questions de quelque importance traitées seront publiées en allemand, français et anglais. Elles seront envoyées, ainsi que le rapport rédigé à leur sujet, aux délégués des différents pays dans le comité aux fins d'étude. Ces délégués devront alors soit en collaboration avec les membres spécialement intéressés dans la question, soit chacun séparément faire une étude aussi complète que possible de la question au point de vue national. Sur la base de ces rapports venant des pays divers il sera élaboré enfin un projet de solution définitive, lequel sera discuté et définitivement adopté ou rejeté à la prochaine séance du comité. Le comité international est convoqué par le bureau, qui fixe également le temps et le lieu.

Une organisation bien ordonnée de l'hygiène publique de la bouche dans les différents pays, qui ne peut se faire que par une collaboration internationale, exige évidemment quelques sacrifices de la part des dentistes aussi bien que de leurs associations. Mais si nous pouvons ainsi par nos efforts aider à lutter contre la dégénérescence des peuples, nous avons là une bonne occasion d'élever d'un seul coup la position sociale des chirurgiens-dentistes.

L'organisation du comité sera analogue à celle des entreprises similaires.

M. CARLSON, de *Gothenbourg*, remplaçant M. Lenhardtson, parle de la formation éventuelle d'un comité internationnal d'hygiène publique.

M. Schäffer-Stuckert, de Francfort, est du même avis et propose d'élire comme membre un représentant du comité central d'hygiène scolaire et un représentant de la commission d'hygiène de la F D. I.

M. Jessen intervient chaleureusement pour la formation du comité à côté de la F. D. I. M. Carlson propose que les gouvernements s'unissent aux comités nationaux.

La résolution *Lenhardtson* modifiée par M. Listrac, de Rotterdam, est acceptée sous la forme suivante :

La section X du Ve C. D. I. exprime le désir de nommer dans la commission d'hygiène de la F. D. I. des dentistes de tous les pays, qui dans leurs pays respectifs se mettent en relations avec leur gouvernement afin que celui-ci nomme un comité national composé de chirurgiens-dentistes, d'instituteurs et de représentants gouvernementaux ou municipaux.

On passe ensuite à l'élection des membres devant composer le comité international; ces membres représentent vingt pays et doivent être soumis à l'approbation de la F. D. I. dont ce comité formera la commission d'hygiène.

M. Cunningham, de Cambridge, est nommé président d'honneur. M. Jessen, de Strasbourg, président et M. Lenhardtson, de Stockholm, secrétaire.

La liste des membres composant le *Comité international permanent d'hygiène buccale (I. H. C.)* a été publiée par *L'Odontologie* du 30 octobre 1909, à laquelle nous renvoyons nos lecteurs ; ceux-ci y trouveront également une déclaration du comité international d'hygiène buccale de la F. D. I. et l'invitation au troisième Congrès d'hygiène scolaire qui se tiendra à Paris du 2 au 7 août 1910.

Cette section par la création de ce Comité aboutit à un résultat pratique que nul ne saurait contester, déjà l'influence de ce Comité s'est fait sentir en France, dans l'organisation du Congrès international d'hygiène.

⁂

Trois thèmes avaient été mis à l'ordre du jour de la section :

1° *L'établissement de cliniques dentaires municipales pour enfants est considéré de nos jours comme une sécurité hygiénique internationale.*

C'est là un des moyens les meilleurs pour combattre efficacement, pour empêcher la propagation des maladies infectieuses, notamment de la tuberculose ;

2° *Pour améliorer l'état sanitaire en général, il est indispensable que le chirurgien-dentiste du régiment continue l'œuvre du chirurgien-dentiste des écoles ;*

3° *Il faut aussi que l'hygiène de la bouche et des dents soit observée par les caisses municipales de secours en cas de maladies, dans les hôpitaux, les cliniques, les orphelinats, les asiles de sourds et muets, les asiles d'aliénés et dans les prisons.*

Outre ces trois thèmes, les deux vœux émis par la F. D. I. dans ses sessions précédentes furent soumis à la section :

1° *La Fédération dentaire internationale invite le Congrès de Berlin à proclamer la valeur et l'importance dentaire des dents des enfants et à appuyer les efforts faits en Allemagne et dans les autres pays par divers dentistes et diverses municipalités et il recommande ces organisations à l'adoption des autres pays du monde ;*

2° *La F. D. I. demande que le Congrès proclame l'importance des soins des dents des soldats et des marins et l'importance qu'il y a à ce que ces soins soient exclusivement donnés par des personnes possédant un diplôme dentaire.*

Après discussion ces thèmes et vœux furent renvoyés à la séance générale de clôture sous forme de résolution pour être soumis à l'approbation du Congrès.

Il me reste un devoir à remplir vis-à-vis de cette section et ce devoir ne m'est pas particulièrement agréable. Au moment de terminer le compte rendu des travaux de la X^me^ section, je ne puis passer sous silence la vaillance de ceux qui, s'éloignant de toutes les autres salles où des travaux d'ordre pratique, partant instructifs, étaient présentés, n'hésitèrent pas à sacrifier le bienfait personnel qu'ils eussent pu en tirer pour, dans un élan d'altruisme que je ne saurais trop louer, s'attacher à l'étude des questions d'hygiène, employant tout leur temps, toute leur énergie à créer les armes de défense dont l'humanité tout entière doit profiter.

Tous prirent une part active à la discussion des propositions soumises par la F. D. I. et à l'élaboration des résolutions renvoyées à notre belle Fédération pour que celle-ci veille à leur mise à exécution.

A MM. Jessen, Lenhardtson, Cunningham, Röse, Godon, Witthauss, Schäffert-Stuckert, Jenkins, Wheeler, Bœnnecken, Rozgonyi, Klinghelofer, Smith-Housken, Francis Jean, Oppler, Bensow, Roy, Marcuse, Decker, Rojo, Fabret, et tant d'autres que j'oublie et que je prie de m'excuser, à tous ceux qui contribuèrent aux travaux si féconds de cette section, la profession, l'humanité doivent une profonde reconnaissance. *(A suivre.)*

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Rio-de-Janeiro, le 7 octobre 1909.

Monsieur et très distingué confrère,

Je viens de lire dans *L'Odontologie* du 30 juillet dernier, sous le titre de l'*Enseignement dentaire au Mexique,* publié par M. Amoëdo, quelques notes sur notre compte. M. Amoëdo dit que l'enseignement au Brésil, se donne à Rio-de-Janeiro, dans une école libre reconnue par décret, etc., etc. Je me permets de vous donner quelques informations, pour compléter la notice de M. Amoëdo sur notre pays.

L'enseignement de l'art dentaire au Brésil se fait dans toutes les facultés de médecine: Rio-de-Janeiro, Bahia, Rio-Grande-du-Sul, encore dans les écoles de pharmacie suivantes: São-Paulo, Ruro-Preto, Bello-Horironte, Juin-de-Fora, et dans l'école libre de Rio-de-Janeiro, total, huit établissements.

Vous voyez bien que nous avons huit écoles, ce que nous trouvons très peu, vu l'énorme extension de notre territoire (près de 9 millions de kil.).

Pour être admis dans une école dentaire, il faut avoir fait des études primaires supérieures, et subi des examens de français, anglais, mathématiques complètes, portugais, physique, chimie (texte), histoire naturelle.

La première année comprend : anatomie descriptive, histologie, physiologie et anatomie générale ; la deuxième année comprend : l'anatomie topographique, pathologie, hygiène, thérapeutique, clinique et prothèse.

Le gouvernement a justement trouvé qu'il était consacré trop peu de temps pour tant de matières et il est en train de réformer le programme. Voici le projet : d'abord il faut le diplôme de bachelier, puis 4 années, première année et seconde année, comme pour les médecins, c'est-à-dire : première année, chimie, physique, histoire naturelle, anatomie descriptive (ostéologie et myologie); 2^e^ année : physiologie, histologie, anatomie descriptive (angéiologie, névrologie, prothèse) ; troisième année : clinique, prothèse, physiologie nerveuse, bactériologie ; quatrième année : hygiène, anatomie topographique, clinique, prothèse, *thèse.*

Voilà, cher confrère, le degré où nous sommes. On a dernièrement créé trente places de chirurgiens-dentistes à l'armée, 2 capitaines, 14 premiers lieutenants, 14 sous-lieutenants ; la même chose dans la marine. Ces places sont données au concours à des diplômés des écoles du pays, même s'ils sont *étrangers naturalisés.*

R. DE PÉREIRA E MAIA.

LIVRES ET REVUES

Traité d'hygiène dentaire à l'usage du public,

Par M. Robert Morche.

Parler au public, en vue de l'éduquer, n'est pas toujours aisé ; on peut se heurter, entre autres, à deux écueils, difficilement évitables : ou une trop grande concision, ou, au contraire, une prolixité nuisible à la fin que l'on s'est assignée. Je préfère, pour mon compte, voir un ouvrage de vulgarisation donner sur le premier que sur le second : la plupart du temps, le souci d'être trop complet fera que l'auteur, s'il est lu jusqu'au bout, risquera de donner à son lecteur profane une demi-science qui, faute d'une expérience inexigible, deviendra la source de déductions erronées. Mieux vaut l'ignorance ; c'est un terrain vierge, qui, ensemencé méthodiquement, laissera librement germer le bon grain.

M. R. Morche, voulant tenter l'aventure a publié, cette année, un *traité d'hygiène dentaire à l'usage du public*. Tout en rendant hommage à ses intentions, je ne crois pas, en égard aux considérations qui précèdent, que le résultat réponde à son effort.

M. Morche déclare que son traité constitue « pour le public élevé et curieux, désireux de connaître, de se soigner et de se guérir, un manuel pratique, dont la place sera marquée dans chaque bibliothèque familiale ». Mais ce public-là fréquente chez le dentiste ; c'est au fauteuil, miroir et sonde en mains, que nous faisons journellement son éducation ! d'ailleurs, il est déjà tellement saturé de réclame qu'en voyant un traité à son usage signé d'un nom que souligne une adresse (honni soit qui mal y pense) il sera immédiatement en défiance.

C'est à l'autre public qu'il faut s'adresser, à celui que nous ne voyons pas, qui n'est ni « élevé », ni « curieux », et qui ne fera certainement pas la dépense de 12 sous pour lire les 72 pages de la brochure de M. Morche.

Ce qu'il faut pour ce public, c'est violenter son attention, c'est s'imposer à lui par des conseils brefs, des formules frappantes qu'il retiendra. Qu'il sache peu, mais qu'il sache bien !

L'ouvrage de M. Morche pèche véritablement par l'excès des détails ; c'est le résumé par trop consciencieux d'un traité complet d'odontologie, depuis l'anatomie jusqu'à la prothèse. De combien de détails inutiles ne retarde-t-il pas sa marche en avant ! A quoi, par exemple, servira au public de connaître l'existence des fibres de Tomes, et la composition exacte de l'émail, de l'ivoire et du cément, sans qu'il lui soit même fait grâce des traces de fluorure de calcium, de savoir que l'engrènement des dents s'appelle articulation, et que toute déviation au type primitif est une anomalie ? Racontez donc cela à vos patients, et vous verrez de quels yeux arrondis ils vous regarderont ! Après avoir navigué à travers les canaux de Sténon, de Wharton et de Rivinus, l'auteur conduit son lecteur profane parmi le dédale de la pathologie bucco-dentaire, pour l'amener au chapitre de la thérapeutique où il apprend qu'on peut appliquer à ses pulpes le traitement conservateur ou destructeur, où il voit comment on fait un inlay de porcelaine, etc... Une bonne formule de poudre dentifrice ferait mieux son affaire.

Enfin après 57 pages, on aboutit au chapitre essentiel, *hygiène dentaire et conseils pratiques*, qui ne comprend que 6 pages. C'est le meilleur chapitre. Encore M. Morche met-il en petits caractères, et en note, d'excellents conseils, des vérités, qu'il doit juger à tort trop évidentes, telles que celle relative à la nécessité d'avoir pour chaque personne, son verre, sa brosse à dents, sa boîte de poudre. Il met le public en garde contre certains dentifrices, en disant quels produits ne pas employer, mais il néglige totalement de conseiller de bonnes formules ; le lecteur sera donc Gros-Jean comme devant.

Si j'ai peu goûté le chapitre (tout à fait inutile) où est expliqué longuement ce qu'est un schéma dentaire, j'ai davantage prisé le chapitre qui termine l'ouvrage, et qui a trait aux charlatans ; il est tout à fait à sa place dans un ouvrage de ce genre.

En terminant, je souhaite que, s'il remet son ouvrage sur le métier, M. Morche, laissant l'hyperbole pour le langage simple qui convient en pareilles matières, se souvienne que « à vouloir trop prouver, on ne prouve rien » et qu'il n'écrive plus des phrases de ce genre : « la carie dentaire c'est la tunique de Nessus qui ronge les pays civilisés ; c'est la huitième plaie d'Egypte, c'est l'un des grands fléaux contemporains », car le public, qui n'est pas si naïf, pourrait lui répondre : « Vous êtes dentiste, M. Morche ! et si la carie dentaire est un fléau, elle n'est pas la huitième plaie, mais la onzième, car vous n'avez pas compté l'alcoolisme, ni la tuberculose, ni la syphilis ! »

HENRI DREYFUS.

Livres reçus.

Nous avons reçu du professeur Joseph Arkövy, de Budapest, « *La clinique stomatologique de l'Université royale hongroise de Budapest*, brochure de 27 pages.

Nous avons reçu également de notre confrère M. Ahrens, premier assistant de cette section, « *La section de dentisterie conservatrice de l'Institut dentaire de l'Université Louis-Maximilien, de Munich* », brochure de 13 pages. Cette clinique est, comme on sait, dirigée par le professeur Walkhoff.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Trentième séance annuelle de réouverture des cours et de distribution des récompenses.

27 novembre 1909.

Discours de M. Godon. — Discours de M. Bienvenu-Martin. — Remise de médailles à MM. Sebileau, Levett et Baelen. — Allocution de M. Sebileau. — Conférence de M. J. d'Argent. — Palmarès.

La trentième séance annuelle de réouverture des cours et de distribution des récompenses aux élèves de l'Ecole dentaire de Paris a eu lieu le samedi 27 novembre 1909, à 9 heures du soir, à l'Ecole, sous la présidence de M. Bienvenu-Martin, sénateur, ancien ministre de l'Instruction publique, assisté de M. Paul Strauss, sénateur, président du Conseil supérieur de l'Assistance publique de France.

Les dispositions prises étaient les mêmes que l'année précédente, avec cette différence que le Conseil de direction avait décidé de rétablir comme deuxième partie la soirée artistique qui avait lieu antérieurement et qui était si goûtée des étudiants et des invités et de demander une musique militaire au Gouverneur militaire de Paris.

Sur l'estrade avaient pris place les membres du Conseil d'Administration et du Corps enseignant de l'Ecole et un certain nombre de notabilités du monde politique et médical, parmi lesquelles M. André Mesureur, chef du cabinet du Directeur de l'Assistance publique de Paris, M. Lamy, inspecteur général de l'Instruction publique, M. Sebileau, professeur agrégé à la Faculté de médecine, M. Grimbert, directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux, professeur à l'Ecole de pharmacie, etc.

S'étaient excusés par lettre :

M. Henri Brisson, président de la Chambre des députés ; M. Antonin Dubost, président du Sénat ; MM. Combes, Bourgeois, Labbé, Mascuraud, sénateurs MM. Desplas, Iriart d'Etchepare, députés ; MM. Pointel, Rébeillard, conseillers municipaux ; M. Liard, recteur de l'Université ; M. Bayet, directeur de l'Enseignement supérieur ; M. Fringnet, inspecteur d'Académie ; M. Evellin, inspecteur général honoraire de l'Instruction publique ; M. le prof. Le Dentu, membre de l'Académie de médecine ; MM. les prof. Gariel et Desgrez ; M. le D^r^ Pont, directeur de l'Ecole dentaire de Lyon ; M. le D^r^ Ricoux, médecin-major de la garde républicaine, M. le D^r^ Camus, M. Ducuing, M. Serres et M. le D^r^ Marie, professeurs à l'Ecole ;

MM. Baelen, Brodhurst, Desforges, Fléty, Péré, Sauvez, G. Viau, Quincerot, Mendel-Joseph, Delair, Rigolet, Staviski, le

Dr Foveau de Courmelles, chirurgiens-dentistes et pour la plupart membres du Corps enseignant.

Dans une allocution, le directeur de l'Ecole, *M. Godon*, a rappelé les services rendus par le Dispensaire de l'Ecole, où 62.000 malades sont venus, en 1908-1909, chercher tous les soins que comporte la dentisterie moderne, ainsi que par les dispensaires extérieurs que l'Assistance publique lui a demandé de créer dans plusieurs de ses établissements, et s'est félicité d'avoir vu aboutir en partie les projets de réforme sur l'enseignement dentaire depuis si longtemps réclamés par la profession et depuis si longtemps à l'étude.

M. J. d'Argent, professeur à l'Ecole, dans une conférence d'une grande clarté de style, a exposé la nécessité des études techniques pour le chirurgien-dentiste et de l'autonomie pour l'évolution de la science odontologique. Après un aperçu de la réglementation de la profession à partir de 1699, il a examiné les conséquences du décret du 11 janvier 1909.

M. Bienvenu-Martin rend hommage aux fondateurs de l'Ecole, fait l'éloge de l'enseignement qui y est donné, rappelle la déposition de M. Godon devant la Commission sénatoriale de l'enseignement supérieur, où celui-ci s'est fait le défenseur de l'autonomie de l'enseignement odontologique.

En terminant, il félicite l'Ecole de l'instruction qu'elle donne à ses élèves et l'assure de la constante bienveillance des pouvoirs publics.

Puis, au milieu d'un tonnerre d'applaudissements, il remet une médaille d'honneur décernée à l'Ecole en la personne de M. Blatter, secrétaire général, par le Ministère de l'Intérieur, en raison des nombreux services que celle-ci rend à l'Assistance publique aussi bien dans le Dispensaire de la rue de La Tour-d'Auvergne que dans les dispensaires dentaires établis par l'Ecole, à la demande de cette Administration, dans plusieurs de ses établissements, à Angicourt, à Berck-sur-Mer, à Yzeure, à Brévannes, à Vilpreux, à Montévrain et à la Salpêtrière.

Le Directeur de l'Ecole invite alors le président à remettre les médailles offertes par le Conseil de direction : des médailles d'or à deux professeurs MM. Sebileau et Levett et une médaille d'argent à M. Baelen, chef de clinique.

La remise de chacune de ces médailles donne lieu à une manifestation de sympathie à l'égard du titulaire. M. Sebileau, notamment, est acclamé par une salve prolongée d'applaudissements. Il déclare accepter cette médaille avec plaisir et avec fierté, car il est avec l'Ecole de tout son cœur, malgré ses quelques amitiés dans un camp adverse, celui de la stomatologie. Il a toujours pensé, dit-il, qu'il fallait encourager l'Ecole et l'aider, au lieu de la combattre ; il approuve son œuvre et il s'y associe, voilà pourquoi il est son ami.

M. Baelen, malade, s'est malheureusement trouvé empêché de venir recevoir sa médaille ; mais elle lui a été apportée avec des souhaits de prompt rétablissement.

M. Blatter donne lecture du palmarès, puis il est procédé à la distribution des récompenses.

Parmi les récompenses citons : M. Crocé-Spinelli, Mlle Levett, Mme Renhold-Dreyfus, MM. Maudry, Schneider, Neumann, Raymond, Francis Jean, Delaplanche, Sémoff, Mlle Grodzinska, MM. Rambaud, Bergé, Mlle Baïlowska, MM. Fonsèque, Arnold, Billoret, Blanchard, Mlle Lemerle, MM. Michel et Chastel.

M. Godon offre une médaille commémorative de la soirée à M. Bienvenu-Martin, qui déclare aimablement ne pas l'avoir gagnée, mais qu'il s'efforcera de la mériter par un redoublement de sympathie pour l'Ecole.

La première partie de la soirée prend fin sur ces mots. Une coupe de champagne est offerte à MM. Bienvenu-Martin et Strauss dans un salon voisin de la grande salle et pendant ce temps les préparatifs nécessaires sont faits pour la seconde partie, musicale et artistique.

Au programme de cette seconde partie, organisée par Mme Duquesne-Sémidoff, du théâtre Réjane, figuraient des artistes de la Comédie-Française et de l'Opéra comique, ainsi que la musique du 5e d'infanterie, dirigée par son chef M. Vidal, mise à la disposition de la Société par le Gouverneur militaire de Paris.

L'exécution de ce programme très fourni n'a été terminée qu'à une heure assez avancée.

DISCOURS DE M. GODON

Directeur de l'Ecole.

Monsieur le président,
Mesdames, messieurs,
Chers élèves,

Appelé encore une fois à prendre la parole dans cette fête de famille, je suis tout particulièrement heureux aujourd'hui d'un honneur qui me permet de vous exposer les très grands progrès que nous avons accomplis cette année dans la poursuite de notre idéal.

Comment, du reste, notre œuvre ne progresserait-elle pas avec les puissantes sympathies qu'elle a groupées autour d'elle et dont la présence ce soir de notre président est une preuve nouvelle ?

Je voudrais pouvoir vous dire, messieurs, quel bienveillant accueil m'ont fait, au mois de mars dernier, les membres de la Commission d'enseignement supérieur au Sénat, lors de la séance qu'ils ont consacrée aux études odontologiques. L'intérêt que vous avez porté, monsieur le président, aux idées que je vous ai exposées et à tout ce qui concernait les écoles dentaires et les chirurgiens-dentistes, m'a laissé de cette séance un souvenir agréable, une impression profonde ; aussi nous étions-nous promis, mes collègues et moi, de profiter de la première occasion pour vous en exprimer publiquement toute notre gratitude. *(Applaudissements).*

C'est une des premières et des principales raisons pour lesquelles nous vous avons prié de nous faire l'honneur d'accepter cette année la présidence de cette fête annuelle de réouverture des cours et de distribution des récompenses. Nous avons désiré vous voir ainsi prendre place dans notre comité de patronage, à côté des hautes personnalités du Parlement et de la Médecine qui y figurent déjà, à côté de nos présidents d'honneur, M. Paul Strauss, le grand philanthrope, qui a bien voulu être notre interprète près de vous, et de M. G. Mesureur, l'éminent et dévoué directeur de l'Assistance publique, qui ne cessent tous deux de s'intéresser à notre œuvre, qu'ils connaissent et dont ils suivent et aident puissamment l'évolution depuis si longtemps, ce dont nous leur sommes ici tous reconnaissants. *(Applaudissements.)*

Tous les amis de cette maison qui ont l'habitude de s'y retrouver tous les ans à pareille époque et que je salue ce soir, au nom de notre Conseil de direction, se joignent à moi pour vous remercier de votre venue parmi nous.

La présidence, ce soir, d'un des membres les plus autorisés du Parlement, où nous avons toujours trouvé notre principal appui, d'un grand maître de cette Université dont nous sommes une institution auxiliaire, succédant à celle des ministres de l'Instruction publique, MM. Combes, Bourgeois, Chaumié, et du président Henri Brisson, est un des plus précieux encouragements qui puissent être donnés à tous ceux qui se dévouent journellement à cette œuvre d'enseignement et d'assistance due uniquement à l'initiative privée, sans autre intérêt que la satisfaction d'un idéal de solidarité et de progrès scientifique.

Je vous ai exposé, monsieur le président, lors de cette audience que je rappelais tout à l'heure, ce qu'est cette école, le but à la fois professionnel, scientifique, philanthropique et social qu'elle poursuit ; comme un ouvrier tenace qui, sans se lasser, frappe à coups redoublés sur le clou qu'il veut enfoncer, je l'ai dit déjà et redit bien des fois à cette place ; mais au moins nos efforts persévérants ont enfin donné quelques résultats intéressants au cours de cette année ; nous avons pu fêter, au mois de mai dernier, lors de la célébration du trentenaire de notre fondation, le décret ministériel tant attendu, qui, en portant la durée de nos études à cinq années au lieu de trois, en créant un stage préliminaire de deux ans, véritable P. C. N. de l'étudiant en chirurgie dentaire, reconnaît pour la première fois officiellement en France la part prédominante qui doit être faite à notre technique dans les études odontologiques, sanctionne et adopte notre programme d'études, confirme la situation officieuse faite à notre école et aux deux autres écoles dentaires reconnues d'utilité publique, et fait ainsi droit à nos principales revendications.

Je voudrais vous indiquer toutes les conséquences heureuses que nous attendons de cette réforme sur l'évolution du chirurgien-dentiste français si, malgré un regrettable retard d'une année, l'application en est enfin faite, comme nous l'espérons, dans sa lettre et dans son esprit, et vous dire les efforts que nous avons faits, suivant l'usage établi dans cette école, pour aider les pouvoirs publics en cette circonstance. Je me contenterai de vous souligner l'émulation et l'empressement, avec lesquels tous les membres de notre corps enseignant se sont mis à l'œuvre pour répartir en cinq années, au lieu de trois, et bien mettre en accord, avec les exigences du nouveau décret, les diverses matières de l'enseignement odontologique. Aussi avons-nous été les premiers à publier le programme d'études du nouveau régime.

Je veux vous dire encore, quel dévouement les membres du Conseil de direction, sous l'impulsion de nos vice-présidents Lemerle et d'Argent, ont apporté à l'étude des projets d'installation matérielle de la nouvelle école de stage dentaire, pour laquelle un crédit supérieur à 60.000 francs est déjà engagé ; ces projets, lorsqu'ils seront entièrement exécutés, à la rentrée scolaire prochaine, doivent conserver à cette école la place prédominante qu'elle occupe parmi les institutions similaires françaises et étrangères. Mais comme des efforts analogues ont été faits par les autres écoles françaises, il en résultera que ce seront une fois encore les écoles dentaires libres qui seront le mieux en mesure d'appliquer dans toute son intégralité le nouveau décret du 11 janvier. Cela est assez explicable, puisque, sur un budget général annuel de 700.000 francs environ consacré aux études odontologiques en France, un dixième à peine est à la charge de l'Etat ou des Universités, alors que plus de 600.000 francs sont à la charge de l'enseignement supérieur libre.

On peut donc dire que cette année un pas considérable a été fait, qu'une nouvelle étape a été franchie.

L'époque des discussions académiques entre odontologistes et stomatologistes, c'est-à-dire entre partisans et adversaires de la prédominance des études techniques sur les études médicales pour l'exercice de l'art dentaire est passée : les pouvoirs publics se sont prononcés. Il y a maintenant toute une législation qui consacre l'existence des chirurgiens-dentistes, organise d'une manière sérieuse leurs études, définit et précise le rôle des écoles dentaires libres, dont la collaboration officielle est reconnue et est bien près d'être admise, non seulement pour la délivrance des inscriptions, mais aussi pour la passation des examens. Et c'est justice.

N'est-ce pas par leur influence que s'est faite toute cette évolution. N'est-ce pas vers elles et en faveur de la technique qu'elles représentent et qu'elles enseignent qu'aboutissent tous les efforts professionnels, même ceux de leurs adversaires ?

Laissez-moi vous conter une petite anecdote qui en donne une preuve nouvelle. Un jeune médecin, après trois ans de navigation et d'exercice aux colonies, qui avaient satisfait sa curiosité et son goût des voyages, mais ne lui avaient procuré aucune situation stable, se sentit, à son retour en France, attiré par une vocation subite vers l'exercice de l'art dentaire. Le hasard des relations le conduisit chez un des maîtres de la stomatologie pour lui demander conseil.

« Le meilleur enseignement, mais c'est mon service de stomatologie à l'hôpital, lui dit-il ! Vous y apprendrez le traitement des stomatites, des odontoptoses, l'art de faire des pansements iodés sur la gencive, les extractions systématiques de la dent de six ans avec la clef de Garangeot, etc. »

Après quelques semaines de ces leçons, on persuada au néophyte qu'il était en état d'exercer, et comme aucun stomatologiste ne voulut l'agréer en qualité d'assistant appointé dans son cabinet privé — les stomatologistes prennent toujours des diplômés de nos écoles — il s'essaya près de la clientèle ; mais, après quelques insuccès, il se rendit bientôt compte de son insuffisance et retourna voir son conseiller stomatologiste. « Ne pourrais-je pas, lui dit-il, aller me perfectionner dans une école dentaire à Paris ? » — « Vous n'y pensez pas, lui fut-il répondu ; si vous tenez à étudier dans un de ces établissements, allez plutôt en Amérique. »

Il s'en alla dans une école américaine. Il y trouva, parmi les étudiants deux jeunes gens dont on admirait fort l'habileté et le savoir professionnel. Il apprit bientôt, à sa grande stupéfaction, que c'étaient deux Français, élèves de l'Ecole dentaire de Paris, en voyage d'études et de perfectionnement comme ceux que font à l'étranger les jeunes agrégés de l'Université. Il reprit immédiatement le bateau et vint nous conter sa mésaventure.

« Inscrivez-vous dans notre école, lui dis-je, comme élève de deuxième année, suivant le règlement applicable aux médecins. »

Les conseils de la stomatologie avaient eu ce singulier effet contraire de le conduire à l'odontologie.

Depuis qu'en 1879 furent fondés en France la première Ecole dentaire, la première société professionnelle, le premier journal, l'évolution odontologique a suivi sa marche rationnelle vers l'autonomie, toujours en accord avec le développement de ces trois facteurs : les écoles, les journaux, les sociétés professionnelles. On a pu s'en rendre compte aisément cette année, où le mouvement scientifique s'est affirmé avec une particulière intensité.

En dehors de la réforme des études odontologiques, que nous venons de rappeler et qui a eu déjà sa répercussion sur le succès des écoles, il s'est en effet produit des manifestations qui témoignent de la grande activité du corps professionnel, de sa vitalité, desquelles on peut tirer d'intéressantes déductions pour la thèse que nous soutenons ici.

Dans quatre villes différentes, à Lille, à Berlin, à Paris, à Budapest, les dentistes se sont réunis au nombre de plus de deux mille en des congrès remarquables par le nombre des adhérents et la valeur des communications, qui toutes ont concouru à affirmer l'importance de notre technique spéciale, les progrès de notre autonomie.

Il ne m'appartient pas de parler des deux derniers : d'une part, les organisateurs du Congrès de Paris ont pris l'habitude de donner à leurs revendications une forme que nous ne pouvons approuver ici ; quant à la section de stomatologie de Budapest, l'exclusivisme de ses organisateurs lui a enlevé la plus grande partie de son intérêt.

Mais, en revanche, je tiens à souligner d'une manière toute spéciale les deux premiers, celui de Lille et celui de Berlin.

A Lille, s'est réunie cette année l'Association française pour l'avancement des sciences ; notre science spéciale a sa place, sa section dans cette grande association, à côté des mathématiques, de la physique, de la chimie, des sciences médicales, de l'anthropologie par exemple avec laquelle elle a tenu une séance commune, et au même titre que toutes ces sciences. Le caractère particulier de cette section, qui a eu un plein succès, synthétise la principale revendication des odontologistes que l'on peut résumer ainsi : qu'il soit créé des sections d'odontologie ou d'odontologistes dans toutes les manifestations de l'activité humaine où cette science peut utilement être représentée, comme dans l'enseignement, l'assistance publique, l'hygiène, etc.

A Berlin, le V^e Congrès dentaire international fut tenu au mois d'août au Palais du Reischtag, avec la X^e session de la F. D. I. Ce fut une des manifestations les plus éclatantes de l'activité et de la vitalité des odontologistes : plus de 1500 congressistes de toutes les nations répondirent à l'appel des organisateurs, auxquels les pouvoirs publics allemands avaient accordé l'appui le plus complet. Le succès qu'il a obtenu a montré, mieux que toutes les discussions, les résultats qu'on pouvait en attendre pour le progrès général de cette entente internationale.

M. G. Villain, dans le rapport si complet qu'il publie en ce moment dans *L'Odontologie*, fait très bien ressortir l'effort considérable des chirurgiens-dentistes de tous pays et particulièrement celui des sociétés dentaires allemandes, dont la principale, la *Central Verein Deutscher Zahnärzte*, fêtait le cinquantenaire de sa fondation en une séance où les pouvoirs publics étaient largement représentés.

De son côté, notre collègue M. Francis Jean, dans son rapport comme délégué du ministre de l'Instruction publique, a mis en lumière le travail intéressant de deux sections dont il s'est occupé particulièrement : la section d'enseignement et la section d'hygiène.

La première, comme conclusion des diverses modifications à apporter aux programmes d'études, a émis le vœu que le diplôme de chirurgien-dentiste soit dans tous les pays, comme aux Etats-Unis, remplacé par celui de docteur en chirurgie dentaire.

La deuxième a créé une organisation internationale pour le développement des services d'hygiène dentaire publique, d'inspection et de traitement des dents des enfants dans les écoles et des adultes dans l'armée, la marine, les usines, organisation qui a été adjointe à la F. D. I.

Nous avons constaté qu'en Allemagne, à Berlin particulièrement, les pouvoirs publics ne se désintéressent pas de ces questions. C'est la ville qui crée des cliniques dentaires scolaires pour les enfants de ses écoles. C'est l'Etat qui organise des cliniques dentaires faisant partie du service d'assurance médicale obligatoire pour tous les employés d'un salaire annuel inférieur à 2500 marks.

Ces cliniques, nous les avons visitées et nous avons pu constater qu'on ne s'y borne pas, comme en France, à la dentisterie d'urgence, aux extractions, mais que, comme dans les dispensaires de nos écoles dentaires, on y fait de la dentisterie complète (obturations et prothèse).

Nous avons pu pourtant, en face de cette sollicitude des pouvoirs publics allemands, montrer qu'en France deux ministères étaient déjà entrés dans cette voie, la Guerre et l'Instruction publique, qui ont organisé récemment le premier l'inspection dentaire pour les soldats à leur arrivée au régiment et des soins dentaires, et le deuxième l'inspection semestrielle et le traitement complet pour les élèves des écoles normales et ceux des écoles primaires supérieures, grâce, monsieur le président, en partie à l'heureuse initiative de votre ancien chef de Cabinet, M. l'Inspecteur général Lamy.

Mais, ce que nous avons pu faire apprécier, ce sont nos services de dentisterie complète, dont M. le Directeur de l'Assistance publique de Paris a bien voulu faire profiter ses malades et son personnel d'une part, en créant avec le concours de notre personnel et sur l'initiative de son chef de Cabinet, M. André Mesureur, nos services extérieurs, à la Salpétrière pour ses élèves de l'Ecole des infirmières, au sanatorium d'Angicourt, à Brévannes, à Berck pour le personnel, à Yzeure, à Montévrain, à Villepreux, pour les enfants assistés, etc...

Ce sont ces services de dentisterie complète, organisés d'après la formule que nous préconisons, que nous voudrions voir généraliser dans toutes les écoles primaires pour tous les enfants du peuple, formule que les délégués de cette école iront défendre au prochain Congrès d'hygiène scolaire de Paris.

Il y a là, du reste, un domaine inexploré par les médecins inspecteurs des écoles. L'étendue de leurs fonctions les oblige en effet, en ce qui concerne la pathologie buccale, à se limiter aux accidents graves, adéno-phlegmon, nécrose des maxillaires ou fractures, etc., mais ils ne sauraient se livrer semestriellement pour chaque enfant à cet examen minutieux et attentif, nécessaire pour reconnaître les petits points de carie qui, envahissant progressivement les dents temporaires, puis les dents permanentes entre 6 et 12 ans, dans la proportion de 90 à 95 o/o suivant les régions, détruisent ainsi graduellement toute possibilité d'une mastication normale et amènent consécutivement une gêne dans l'alimentation et des troubles dans la santé générale.

Ce sont ces principes qui ont été formulés dans les divers congrès et réunions des odontologistes cette année et qui sont appliqués dans les services qui nous sont confiés à nous et à nos jeunes diplômés qui s'en font les propagandistes dans toute la France. En associant ainsi, dans cette revue rapide des principaux faits de l'année, l'œuvre d'hygiène publique à l'œuvre d'enseignement de l'Ecole dentaire de Paris, j'ai voulu vous montrer que l'une comme l'autre avait suivi la même marche progressive. Et, pour me résumer, je puis dire que l'année a été bonne pour les œuvres que notre société poursuit. Au point de vue professionnel, nous avons obtenu la réforme des études odontologiques ; au point de vue scientifique, les congrès ont apporté leur contingent de progrès divers ; au point de vue philanthropique et social nous avons le plaisir d'assister à l'extension régulière et progressive des œuvres d'hygiène. Si l'on songe que ces résultats ont été obtenus avec nos faibles ressources personnelles, on se prend à espérer, comme cela a eu lieu pour l'Institut Pasteur, qu'un riche et généreux philanthrope, qui aurait souvent connu l'angoisse de la rage de dents, pourrait léguer à l'Ecole dentaire de Paris, sur les conseils et par l'intermédiaire de ses présidents d'honneur, le million nécessaire pour remplacer, comme on va le faire à Berlin, tous les vieux bâtiments consacrés à nos différents services par le palais prédit pour elle par Paul Bert en 1885. C'est à la réalisation de ce rêve que je convie nos jeunes générations de diplômés.

Tous ceux qui avec moi, depuis trente ans, suivent l'évolution de cette œuvre et s'y sont dévoués avec le plus grand désintéressement, éprouvent aujourd'hui la satisfaction de constater qu'ils ont réussi à former, à instruire dans ces principes, et à grouper autour de cette école un nombreux personnel composé de jeunes éléments qui se recrutent chaque année parmi l'élite de nos élèves. Pleins d'activité, ils viennent tour à tour se joindre à leurs aînés pour remplacer ceux qui disparaissent, et, animés d'une noble émulation, ils sont prêts à servir et à défendre celle que l'on n'a cessé d'appeler la *maison commune des dentistes, l'Ecole supérieure d'odontologie !*

C'est en eux que nous mettons toute notre confiance pour continuer cette œuvre ; qu'ils s'emploient, avec l'aide des puissantes sympathies que nous leur avons acquises, et nous espérons que vous voudrez bien leur continuer la vôtre, monsieur le président, à assurer le perfectionnement et la durée de cette institution éminemment utile, puisqu'elle est consacrée au soulagement d'une souffrance humaine : ils auront fait ainsi une œuvre méritoire, durable et réconfortante, trouvant en elle-même sa propre récompense. *(Applaudissements.)*

DISCOURS DE M. BIENVENU-MARTIN

Sénateur.

Mesdames, messieurs,

J'ai été très sensible à l'honneur qui m'a été fait de présider cette cérémonie et d'avoir l'occasion de rendre hommage à l'homme de cœur et de grand talent qui a fondé cette Ecole, qui en a été l'âme et qui, avec la collaboration d'hommes dévoués et désintéressés, a su porter cette institution et la maintenir au haut degré de prospérité où nous la voyons aujourd'hui.

Il m'est particulièrement agréable de voir à cette fête mon ami M. le sénateur Strauss, président du Conseil supérieur de l'Assistance publique de France. Vous connaissez tous son activité infatigable et féconde pour les œuvres de progrès social, c'est ce qui fait que je ne suis pas étonné de le voir parmi les protecteurs de votre Ecole. *(Applaudissements.)*

La présence de mon ami Strauss, du sympathique représentant de M. le Directeur de l'Assistance publique de la Seine, de membres de l'Académie de médecine, de l'Ecole de pharmacie, de l'Université et de tant d'autres personnalités dont je pourrais citer les noms en parcourant la liste des illustrations qui composent votre Comité de patronage, est la démonstration évidente des éclatants services que l'Ecole dentaire rend à l'Assistance publique, à la ville de Paris et à la France tout entière.

Dans l'exposé magistral qu'il vient de faire, M. le Dr Godon a rappelé votre fondation et je vois par le rapprochement des deux dates qui figurent sur cette carte d'invitation, 1879-1909, que votre Ecole compte trente ans d'existence. C'est beaucoup 30 ans, dans la vie d'un homme, mais pour une institution c'est bien peu et quand on songe à tout ce qu'a fait l'Ecole dentaire, on s'étonne qu'elle ait pu l'accomplir en si peu d'années.

M. le Dr Godon a parlé de certaines écoles étrangères dont la fondation est déjà ancienne. L'Ecole dentaire de Paris est plus jeune, mais elle a marché plus vite et elle a égalé ses devancières, si elle ne les a pas dépassées. Je remarquais tout à l'heure que, parmi les nombreux diplômés, dont les noms sont inscrits à l'*Annuaire*, il y avait beaucoup de noms étrangers, ce qui indique que la réputation de l'Ecole dentaire de Paris a dépassé les frontières, que l'enseignement qu'on y donne est très estimé dans les autres nations puisqu'elles lui envoient des élèves.

Grâce à l'Ecole dentaire, chaque année sortent de ces bâtiments — devenus trop étroits, si j'en crois M. le président Godon *(applaudissements)* — de nombreux praticiens éclairés et bien préparés. Vous ne vous contentez pas de donner un enseignement fortement recherché, vous pratiquez l'assistance et vos portes sont largement ouvertes à tous les malheureux qui viennent vous demander soulagement et guérison. Et quand on pense que cette belle œuvre d'enseignement et d'assistance est, non pas une création officielle, mais le fruit de l'initiative privée, on est saisi d'un sentiment d'admiration et de reconnaissance.

C'est dans la liberté que l'Ecole dentaire de Paris est née, c'est dans la liberté qu'elle a grandi, et c'est peut-être à cette indépendance dans laquelle elle a vécu, tout autant qu'aux mérites soutenus et persévérants de ses professeurs et de ses administrateurs qu'elle doit ses succès.

La liberté a été votre force et je comprends que vous y teniez, que vous la revendiquiez non seulement comme un titre de gloire, mais comme une condition essentielle des progrès de l'art dentaire dans ce pays.

Vous voulez bien un lien avec les institutions officielles, avec l'Université, mais vous ne voulez pas être absorbés par elles. C'est je crois le sens et de l'exposé de M. le Dr Godon et de la savante conférence que nous venons d'entendre. C'est aussi, si j'ai bonne mémoire, la conclusion de la déposition que M. le Dr Godon a faite devant la Commission sénatoriale d'enseignement supérieur, et à laquelle il a fait allusion tout à l'heure. *(Applaudissements.)*

Il existe en effet au Sénat une Commission qui poursuit une vaste enquête sur la situation de l'enseignement supérieur en France. Elle a voulu entendre les représentants les plus qualifiés de l'enseignement public et de l'enseignement libre. Elle a naturellement entendu M. le Dr Godon, dont les déclarations ont été fort intéressantes.

D'abord M. le Dr Godon nous a appris que les appareils dentaires n'étaient pas une invention récente, qu'on les connaissait dans l'antiquité et que les belles dames romaines avaient recours aux ressources de la prothèse pour réparer ou dissimuler les outrages du temps et remplacer dans leur bouche les perles qui leur manquaient. Ceci prouve entre parenthèses que, si la perte des dents est un signe de dégénérescence de la race, on peut dire, et cela nous console, qu'il y a longtemps que cette dégénérescence a commencé. *(On rit.)*

Mais M. le Dr Godon nous a entretenu de questions plus modernes et particulièrement importantes. Il nous a parlé — lui aussi — des décrets de 1909 et, après avoir constaté qu'ils étaient la consécration de tous les efforts qui ont été faits ici et dans les institutions similaires dans l'intérêt des études dentaires, il a émis quelques vœux que nous examinerons.

M. le Dr Godon a insisté surtout sur la nécessité de ne pas faire de l'odontologie une simple branche de l'enseignement médical, il a revendiqué pour les études dentaires, comme pour les chirurgiens-dentistes, cette autonomie à laquelle vous avez tant de raisons de tenir.

Ce n'est pas ici qu'il convient de discuter les thèses contradictoires qui ont été soulevées à ce sujet, je me bornerai à dire que la Commission sénatoriale étudiera avec une attention approfondie et avec une grande bienveillance les desiderata qui ont été formulés au nom de l'Ecole dentaire de Paris.

M. le Dr Godon a rappelé la part que celle-ci a prise à la propagation des règles d'hygiène. Ah ! nous avons beaucoup à faire de ce côté et mon ami Strauss, qui consacre tant de temps et d'efforts à tout ce qui se rapporte à la protection de la santé publique et à la conservation de la vigueur de la race, sera de mon avis quand j'aurai dit qu'une des principales applications de l'hygiène est celle qui commence à l'enfance et qui tend à préserver des organes qui sont l'un de nos principaux moyens d'existence.

J'ai été particulièrement heureux tout à l'heure d'entendre rappeler la circulaire qui a été rédigée sur l'hygiène des dents par mon ami M. Lamy, le très distingué inspecteur général de l'Instruction publique, que j'ai le plaisir de voir ici ce soir. Pour le dire en passant et pour rendre à chacun ce qui lui appartient, je dirai que cette circulaire ne m'a pas paru être l'œuvre exclusive de M. Lamy, et je crois que M. le Dr Godon a dû y mettre un peu la main et que nous avons vu là l'heureux résultat d'une libre collaboration entre l'Université et l'Ecole dentaire.

Faisons de l'hygiène dentaire non seulement dans les casernes, non seulement dans les écoles normales, dans les écoles primaires supérieures, dans les lycées et les collèges, car les jeunes gens qui fréquentent ces établissements ne représentent qu'une faible partie de la jeunesse française, faisons-en aussi dans nos écoles primaires. Il y a là un champ infini qui est ouvert aux hygiénistes et aux chirurgiens-dentistes et le jour où l'on organisera sérieusement — ce à quoi travaille le Parlement — l'inspection médicale dans ces écoles, une large part devra être faite à l'hygiène dentaire ; en apportant votre concours à cette œuvre nécessaire vous aurez rendu un nouveau service après tous ceux qui ont signalé votre activité. *(Applaudissements.)*

Je ne veux pas retarder plus longtemps le moment où vous devez entendre autre chose que des discours et je termine en félicitant à nouveau M. le Directeur de l'Ecole dentaire et ses dévoués collaborateurs du zèle qu'ils déploient pour relever chaque jour davantage le niveau des études dentaires ; en se consacrant à cette tâche ils contribuent aux progrès d'un art qui intéresse un des organes vitaux de l'être humain ; ils contribuent aussi — et ce résultat n'est pas sans importance, — à rehausser la dignité professionnelle d'une honorable corporation. *(Applaudissements prolongés.)*

REMISE DE MÉDAILLES A MM. SEBILEAU et LEVETT,

Professeurs.

et à M. BAELEN,

Chef de Clinique.

Par M. GODON.

Messieurs,

Dans un instant, notre secrétaire général, M. Blatter, va proclamer les lauréats et vous donner lecture de notre palmarès. Mais auparavant, il appartient à votre directeur d'être votre interprète à tous auprès des membres du corps enseignant de notre école pour leur exprimer notre reconnaissance.

Nous voudrions leur témoigner notre gratitude sous une forme plus significative que la modeste médaille que nous pouvons offrir à trois d'entre eux aujourd'hui.

Mais nous espérons fermement que notre souvenir ne sera qu'un jalon posé vers des distinctions plus réelles, dont ils se sont rendus dignes par les services rendus à l'enseignement et à l'assistance publique.

Je n'essaierai pas de vous retracer ici la vie scientifique de votre maître, le professeur Sebileau, elle est présente à l'esprit de tous. Qu'il me permette de ne voir aujourd'hui en lui que l'homme de dévouement, le collaborateur de 17^e année, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé, directeur de l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, chef du service d'oto-rhino-laryngologie de Lariboisière. Le professeur Sebileau a toujours fait profiter nos élèves des situations qu'il avait acquises par son travail et sa grande valeur, leur ouvrant toutes grandes les portes des services qu'il a occupés et consacrant sans compter le meilleur de son temps à leur enseigner la pathologie externe, l'anatomie, et la clinique stomatologique.

Aussi suis-je tout particulièrement heureux de prier M. le président de lui remettre, au nom du Conseil d'administration, cette médaille d'or qui lui rappellera qu'il ne compte ici que des amis reconnaissants. *(Applaudissements.)*

M. le professeur Levett a le mérite bien rare d'être un des fondateurs de cette école. Alors que beaucoup de membres de la profession considéraient notre tentative de création d'une école dentaire comme un acte de témérité et que d'autres souriaient avec incrédulité en en entendant parler, M. Levett, avec l'expérience qu'il avait acquise en Amérique, nous apporta ses encouragements, nous aida dans notre œuvre et fut le premier professeur de dentisterie opératoire. *(Applaudissements.)*

A combien d'élèves a-t-il enseigné notre art, et a-t-il prodigué les utiles conseils expérimentés de sa longue pratique et de son habileté ?

Le calcul serait trop long à faire. Beaucoup de ces élèves sont aujourd'hui des praticiens réputés et quelques autres sont devenus ses collègues dans le corps enseignant. Mais tous, élèves d'autrefois et praticiens d'à présent, rendent hommage à l'excellent enseignement qu'ils ont reçu de M. Levett et le Conseil de direction est heureux de pouvoir l'en remercier aujourd'hui en lui remettant la médaille d'or. *(Applaudissements.)*

M. Baelen fut d'abord démonstrateur de dentisterie opératoire, du mois de mai 1901 au mois de décembre 1902. Il est, depuis cette époque, chef de clinique de chirurgie dentaire. Pendant ces neuf années chacun a rendu hommage à la clarté et à la précision de son enseignement et de la courtoisie parfaite avec laquelle il le donne. M. Baelen nous a rendu aussi des services dans l'administration de la Société et a occupé pendant deux ans le poste de secrétaire des séances, puis celui de secrétaire général du Conseil de direction. C'est en souvenir de sa bonne collaboration que nous le prions d'accepter la médaille d'argent. *(Applaudissements.)*

ALLOCUTION DE M. LE PROFESSEUR SEBILEAU

Lorsqu'il y a quelques jours mon élève et jeune ami Lemerle est venu à l'hôpital me dire que le Conseil de l'Ecole avait l'intention de m'offrir la médaille d'or que chaque année il offre au plus ancien de ses professeurs, j'ai éprouvé quelque plaisir et aussi quelque fierté.

Quelque plaisir, car s'il est vrai que je n'ai jamais participé à vos luttes, que je n'ai jamais été dans la mêlée, que je n'ai jamais fait partie de votre Groupement, j'ai toujours trouvé, dans les nombreux témoignages de reconnaissance qui m'ont été donnés ici, la preuve que personne ne s'était jamais trompé sur mes sentiments et que vous aviez toujours senti que mon cœur était avec vous.

Quelque fierté, parce que je me félicite, moi qui ai toujours fait de l'enseignement, à la Faculté, à l'hôpital, à Clamart, d'avoir été depuis longtemps votre maître et de l'être resté, d'avoir participé à votre éducation scientifique, de vous avoir vus grandir et enfin de pouvoir dire aujourd'hui que tous vous êtes un petit peu mes enfants. *(Applaudissements.)*

Vous me connaissez : vous savez que je ne renie jamais aucune de mes amitiés, aucun de mes actes, aucune de mes paroles.

Aussi, mes amis, ne croyez pas qu'en vous parlant comme je vous parle aujourd'hui, je renie pour si peu que ce soit l'affection que je professe pour plusieurs de ceux qui commandent dans le camp stomatologique. Mais, moi qui suis un indépendant, j'ai toujours pensé qu'il valait mieux vous aider que vous combattre, vous instruire que vous blâmer, vous encourager que vous énerver, et, plutôt que rêver votre disparition, vous soutenir dans cette évolution vers le mieux à laquelle tout organisme est soumis par la force même des choses.

Voilà pourquoi j'ai toujours pu dire que j'étais votre ami et voilà aussi pourquoi, messieurs, ou plutôt mes enfants, en raison de ce vieil adage : « Qui aime bien, châtie bien » vous trouvez en moi un maître un peu ferme, un peu sévère, un peu exigeant. Voilà pourquoi je note les présents..... et aussi les absents, pourquoi je signe des certificats et pourquoi j'en refuse. Il ne faut pas m'en vouloir. Vous savez : quand on a votre âge, et même parfois quand on a le mien, on aime beaucoup mieux s'amuser que travailler : c'est infiniment plus agréable.

Monsieur le directeur, je vous remercie mille fois, je suis tout à fait touché. Je vous prie de remercier tous les membres du Conseil de votre école. *(Applaudissements.)*

CONFÉRENCE FAITE PAR M. J. D'ARGENT

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Monsieur le président,
Mesdames, messieurs,
Chers élèves,

Lorsque le Conseil de direction m'a demandé de faire une conférence sur les heureuses conséquences du décret du 11 janvier 1909, qui modifie les études en vue du diplôme de chirurgien-dentiste, je ne croyais pas être embarrassé.

Le sujet était vaste et fort agréable à développer. Aussi était-ce avec la plus grande confiance que j'avais accepté cet honneur.

Mais je n'ai pas tardé à m'apercevoir que vouloir embrasser toute la question dans le temps qui m'est réservé, ce soir, serait une entreprise impraticable. Bien à regret, je me suis vu dans l'obligation de la morceler, et j'ai fait choix d'un chapitre auquel s'intéressent certainement tous les dentistes épris de leur art : l'autonomie de l'odontologie.

En prenant la parole, je n'ai pas de plus chère ambition que de lui attirer également vos bienveillants suffrages.

⁂

« L'odontologie est une science autonome. »

Si les odontologistes ont inscrit cette affirmation en tête de leur déclaration de principes, c'est qu'elle en est la base, l'élément principal. Aussi s'empressent-ils de le justifier en ajoutant : « elle doit cette autonomie aux conditions histo- » riques de son évolution et au degré de développement » auquel elle est parvenue actuellement, par ses propres » moyens ».

En aucun temps, elle n'a été asservie ni tirée à la remorque.

En France, la médecine, toute puissante, eut pu, certes, l'englober, en faire une spécialité médicale, surtout à une époque un peu reculée, alors que la dentisterie opératoire et la prothèse étaient encore rudimentaires ; mais elle n'y songea même pas. Ce n'est que plus tard — trop tard, heureusement, pour réussir — qu'elle essaya de la subjuguer. Nous verrons, par la suite, quelles tentatives furent faites, dans ce sens, et pourquoi elles échouèrent.

D'une manière presque absolue, les facultés se sont abstenues, tant qu'elles ont jugé cette profession sans importance, scientifiquement et matériellement.

C'est principalement de la part des médecins adonnés à l'art dentaire, que les dentistes ont eu à subir les attaques les plus dangereuses pour l'autonomie de leur profession. J'y reviendrai plus loin, car ces pages de notre histoire sont intimement liées au sujet qui est en cause dans cette conférence.

Mais, comment la médecine avait-elle pu laisser à l'écart cette fraction de la chirurgie ? Etait-ce dédain pour des organes indignes ? Je ne saurais l'admettre ; les dents étant au moins aussi utiles à la santé que le nez ou les oreilles. D'autre part, l'odontologie comporte une série d'opérations chirurgicales présentant souvent de grandes difficultés et exigeant, par cela même, des connaissances anatomiques, pathologiques et thérapeutiques assez étendues. N'y avait-il pas là de quoi séduire, ou, tout au moins, intéresser les médecins ?

Mais, à côté de cette partie médicale, cette science comprend une quantité de travaux de la plus grande minutie, qui ne peuvent en être séparés. Or, des facultés de médecine éclosent des savants, non des techniciens et encore moins des artisans, et l'odontologie exige particulièrement une absolue dextérité manuelle, qui ne s'acquiert plus qu'exceptionnellement, après un certain âge, et on sait que l'exception fortifie la règle.

Voilà, très certainement, l'obstacle qui a rebuté le médecin dans l'entreprise de la cure et, surtout, de la restauration de l'appareil dentaire, et il est arrivé à se désintéresser tellement de la question, que tout ce qui touche à la pathologie dentaire est, depuis longtemps, proscrit de l'enseignement médical et des ouvrages classiques de pathologie.

On sait que les médecins ne deviennent chirurgiens ou opérateurs médicaux, qu'en s'attachant, pendant plusieurs années, à un praticien réputé, après l'achèvement de leurs études, qui sont purement théoriques.

Peu sont à même de supporter le large complément de dépenses d'un tel stage, à accomplir après l'obtention du diplôme de docteur en médecine, et ceux qui le peuvent, fixent leur choix, naturellement, sur une des spécialités qu'ils ont pu voir pratiquer à l'hôpital, de préférence à la technique dentaire, dont on ne leur a pas enseigné le premier mot.

C'est pourquoi les médecins qui exercent l'art dentaire ne peuvent être à la hauteur de leur tâche, lorsqu'ils ne se sont pas astreints à des études odontologiques complètes, dans une école dentaire, et c'est ainsi que le professeur Ulysse Trélat a pu dire, à une de nos fêtes annuelles : « Faute de » connaissances techniques, les médecins ne peuvent être » que des dentistes incomplets. »

C'est donc autant aux médecins qu'aux dentistes, que l'odontologie est redevable de son autonomie : aux médecins qui ont totalement négligé de s'initier dans cette branche de l'art de guérir, et aux dentistes dont la science et l'ingéniosité ont su, de tout temps, hérisser leur art de difficultés, et lui ont donné son caractère si particulier et si spécial.

De nos jours, cette marque distinctive est tellement accentuée, que les odontologistes, poursuivant leur déclaration de principes, émettent cette assertion bien tranchante : « L'art dentaire moderne exige des connaissances techni- » ques diverses ; il nécessite notamment des manœuvres » complexes empruntées, pour le plus grand nombre, aux » arts mécaniques, et qui font de la profession de dentiste » une profession spéciale, distincte de celle de médecin. »

⁂

En fait, cette autonomie, si heureusement échafaudée et défendue par les dentistes, comme la sauvegarde de la vitalité de leur art et de leur profession, a toujours été respectée des pouvoirs publics, conscients des services rendus, des progrès réalisés, de l'impulsion scientifique et du zèle propagateur propres à ce milieu si actif et si entreprenant.

On comprend aisément que l'autorité supérieure n'ait jamais voulu consentir à la destruction de cette ruche, dont les nombreuses abeilles ne se contentent pas d'accomplir leur travail quotidien pour leur subsistance, mais encore, dans un inlassable effort, élèvent toujours plus haut la perfection de leur artistique labeur.

Les tentatives, soit contre la liberté d'exercice, pendant la longue période de temps, où l'art dentaire a pu vivre et se développer à l'abri de toute réglementation ; soit contre son autonomie, au cours des années où il a été pourvu de statuts par les législateurs, n'ont pas manqué, et elles ont toujours eu, pour auteurs, des médecins cherchant à confisquer, au profit de leur corporation, une profession devenue importante et considérée.

Pourtant, elle ne leur était pas fermée, puisque, en vertu de leur diplôme médical, ils ont aussi bien le droit de soigner les dents que n'importe quel autre organe.

La réalisation de ces projets, qui eut été une criante injustice, a pu être évitée, parce que le but n'échappait à personne ; grâce aussi à la cohésion des dentistes dans la défense de leur bien, et encore, et surtout ! à ce que leur spécialité est si réellement particulière, si nettement caractérisée par des manœuvres lui donnant, en quelque sorte, les apparences d'un métier, qu'elle ne peut se confondre avec la pratique médicale pure.

⁂

Un très court historique rappellera que cette manière d'apprécier n'est nullement contemporaine.

Jusqu'en 1699, les dentistes purent opérer librement dans notre pays.

En cette année, Louis XIV, alors âgé de 61 ans, et qui, selon les récits du temps, avait dû souvent recourir aux dentistes, se rendit compte, sans doute, des difficultés que leur profession comporte et des garanties de savoir que la Société était en droit d'exiger d'eux.

Il décréta que « ceux qui voudront s'appliquer à la cure » des dents, devront justifier de certaines connaissances de» vant un jury officiel », et il leur enjoignit de prendre le titre d'expert.

Ce titre — dont le choix, de nos jours, semblerait mal approprié — ou tout autre, peu importe, l'odontologie était réglementée !

Mais, Louis-le-Grand ne songea aucunement à la confondre avec la médecine, avec laquelle elle lui parut avoir de nombreux points de dissemblance ; car si, parodiant la fable, l'odontologiste peut dire : « Je suis médecin, voyez mes opérations », il est encore plus fondé à s'écrier : « Je suis artiste, voyez mes œuvres » ; et ce sont ces dernières qui impressionnent vraiment l'observateur, et particularisent les fonctions du dentiste.

En 1768, les « experts » ayant certainement fait de grands progrès, Louis XV modifia leur charte, devenue insuffisante, en augmentant notablement le programme des études, et il maintint leur titre. La profession dentaire conserva nettement son autonomie.

En 1791 et en 1792, l'Assemblée nationale décréta la dispersion des corporations, maîtrises, jurandes, universités, facultés et associations quelconques ; et médecins et « experts », compris dans ces suppressions, furent exonérés de toute sujétion.

Lorsqu'au 19 ventôse an XI[1], après douze ans de liberté, une loi réglementa de nouveau la médecine, elle laissa les dentistes à l'écart, tellement il semblait évident que leur profession n'avait que de lointains rapports avec celle de médecin.

Ils conservèrent cette liberté pendant un siècle !

Ce fut la loi du 30 novembre 1892 qui y mit fin.

Réclamée vivement par la majorité des dentistes, pour élever le niveau moral et scientifique de leur corporation, pour unifier et rendre obligatoires les études dentaires, qu'avides de progrès, ils avaient eux-mêmes instituées, enfin demandée pour mettre un terme aux continuels projets de réglementation au profit des médecins, cette loi, aussi logique que celles édictées par Louis XIV et son successeur, a confirmé l'autonomie de l'odontologie, en créant, comme pour mieux l'affirmer, le grade de chirurgien-dentiste, et en rendant hommage aux œuvres des odontologistes, notamment par la reconnaissance des écoles qu'ils avaient fondées sous le régime de la liberté, dont il serait difficile de trouver plus bel usage.

⁂

Mais la nouvelle législation, comme la plupart des lois élaborées sans le concours des principaux intéressés, contenait des anomalies et des lacunes, à côté d'excellentes dispositions. Les unes et les autres ont été si souvent indiquées et commentées, que je n'y reviendrai pas. Je rappellerai, toutefois, que les conditions d'entrée dans les écoles dentaires n'étaient pas assez rigoureuses, et livraient passage à des étudiants trop jeunes et pourvus d'un très insuffisant bagage scientifique ; j'ajouterai, aussi brièvement, que l'absence d'épreuves techniques, dans l'examen terminal, incitait un assez grand nombre de candidats au diplôme de chirurgien-dentiste, à négliger les exercices pratiques, et à reporter tous leurs efforts sur les études médico-théoriques, au grand détriment de leur habileté opératoire.

---

[1] 2 mars 1803.

Ces critiques des odontologistes contre l'application de la loi de 1892, ainsi que leurs desiderata, présentés au Conseil supérieur de l'Instruction publique, ont enfin été entendus et, tout récemment, le 11 janvier 1909, une importante réforme a donné satisfaction aux plus essentiels d'entre eux.

On s'en convaincra par l'énumération des points principaux de cette réforme :

1° Abolition du certificat d'études spécial pour l'entrée dans les Ecoles ;

2° L'âge de 16 ans révolus exigé pour commencer les études ;

3° Cinq années d'études ;

4° Stage de deux ans de prothèse et de science, validé par un examen ;

5° Examen annuel ;

6° Réforme du troisième examen d'état, par l'adjonction d'épreuves de prothèse et de dentisterie opératoire ;

7° Admission des chirurgiens-dentistes dans le jury du troisième examen ;

8° Choix des écoles dentaires pour les épreuves du troisième examen.

On est forcé de reconnaître que ces dispositions mettent en relief, encore mieux que par le passé, le caractère distinctif des études odontologiques et la place importante qu'y tiennent les travaux techniques. Elles élèvent les études scientifiques et médicales à un niveau suffisant, approprié et limité aux exigences de la profession et de l'intérêt public. Ce sont des mesures essentiellement libérales.

Le décret du 11 janvier est une reconnaissance plus éclatante que jamais de la situation particulière qu'occupe l'art dentaire parmi les professions libérales, et de la justification de son autonomie.

Il appartient aux odontologistes de s'en rendre aussi dignes qu'ils en sont fiers, et de profiter de leur nouvelle charte, pour former une génération de praticiens instruits et compétents, qui accentuent, de plus en plus, les caractéristiques de leur spécialité, et portent, toujours plus haut, le savoir professionnel.

⁂

Il semblerait que cet état de choses dût rallier tous les suffrages parmi les praticiens de l'art dentaire, et que notre autonomie ne put être contestée, au moins parmi eux ; mais il n'en est pas ainsi.

En effet, les dentistes, sur ce point, sont divisés en deux camps : les odontologistes, partisans de l'autonomie ; et les stomatologistes, partisans du rattachement de l'art dentaire à la médecine.

Quelle est l'origine de cette situation ?

Pendant la période de liberté d'exercice, qui va de 1792 à 1892, tout individu, français ou étranger, homme ou femme, pouvait s'établir dentiste, sans conditions ; aussi trouvait-on, groupées sous la même appellation de « dentiste », les personnalités les plus diverses, depuis le savant incontesté et le praticien consciencieux, jusqu'à l'ignorant le plus complet.

Cet assemblage bizarre comprenait :

D'abord, quelques rares docteurs en médecine, les uns abhorrant la qualification de dentiste ; les autres, au contraire, associant volontiers le titre de dentiste à celui de médecin ;

Ensuite, toute l'armée des dentistes sans diplôme médical français ; certains d'entre eux étaient, souvent, pourvus de diplômes étrangers. Tous exerçaient sans doute leur art prudemment, dans la limite de leur savoir, car les actions judiciaires intentées contre des dentistes, en raison de fautes professionnelles, étaient excessivement rares. Mais ce savoir était, on peut le dire, à tous les degrés, et si, en tête, figuraient nombre de praticiens habiles, de bonne tenue, d'instruction et de capacités suffisantes, au bas de l'échelle, se pressait une multitude de simples arracheurs de dents, sédentaires ou nomades, opérant sans aucune science, quoique quelques-uns ne fussent pas dépourvus de talent ou tout au moins d'une certaine adresse.

La possibilité d'apprendre la profession dentaire était à peu près nulle. La consultation de quelques rares et maigres traités, ou un séjour, comme assistant, chez un praticien peu enclin à former des élèves, c'est-à-dire des concurrents futurs ; tels étaient les seuls moyens de s'instruire.

Les mécaniciens même n'étant pas admis auprès des clients, ne pouvaient apercevoir les procédés en usage, qu'en les surprenant, comme on dit, par le trou de la serrure.

⁂

Ce ne sont ni les malades — les premiers intéressés cependant — ni les médecins, ni l'Etat qui ont réclamé contre cet ordre de choses ; les uns et les autres témoignaient la plus grande indifférence à cet endroit.

Ce sont des dentistes qui, en 1844 et 1846, protestèrent les premiers, contre cette situation, et réclamèrent des dispositions spéciales à la profession dentaire ; mais, aussitôt, la Faculté de médecine, alors dirigée par Orfila, opposa à leur projet une proposition tendant à rendre le diplôme de médecin obligatoire pour les dentistes.

De trop de demandes, il résulta que, ni les uns ni les autres ne furent écoutés. Pendant trente années, on en resta là.

En 1864, les docteurs Andrieux et Delabarre firent, sur les dentistes, un rapport qui fut une charge à fond de train.

En 1877, Andrieux renouvela ses démarches pour obtenir des Pouvoirs publics, le rattachement de l'odontologie à la médecine, tandis qu'un groupe important de dentistes, avec lequel il avait d'abord fait alliance, soutint une proposition de réglementation à part. Derechef, une chose tua l'autre ; rien ne fut fait.

La liberté d'exercice avait encore pourtant de chaleureux partisans, même parmi les dentistes soucieux de progrès, parce qu'ils craignaient qu'en la perdant, l'odontologie ne vit aussi sombrer son autonomie.

A la suite de la défection et de l'échec d'Andrieux, les libertaires, conscients des dangers auxquels l'art dentaire venait d'échapper, et de ceux dont il était encore menacé — car, à ce moment, les projets de réglementation, dans le sens médical, se produisaient de toutes parts — les libertaires formèrent, en 1879, le « Cercle des dentistes ». Ce dernier, pour donner un sens précis à ses revendications, décida d'établir un centre d'enseignement professionnel, comme répondant au plus pressant besoin de la profession.

Il créa, en 1880, l'Ecole dentaire de Paris. Nous avons le plaisir de pouvoir encore saluer et féliciter, ce soir, en la personne de Charles Godon, notre si sympathique et si dévoué directeur, le principal fondateur du Cercle des dentistes et de l'Ecole dentaire de Paris.

L'Etat, sollicité encore plusieurs fois, en sens divers, entre autres par Dechambre, Magitot et David, en présence des idées divergentes, défendues avec trop de véhémence de part et d'autre, fit toujours la sourde oreille.

C'est à ce moment qu'entra sérieusement en ligne le plus dangereux adversaire que les dentistes aient vu se dresser contre leur autonomie : le docteur Magitot.

Plus indisposé encore qu'Andrieux contre les dentistes, il leur fit, durant toute sa vie, une opposition implacable.

Sourd à tout raisonnement, aveugle à toute démonstration tendant à rechercher une solution rationnelle du problème professionnel, Magitot semble avoir fait une longue campagne plutôt pour le triomphe d'une caste qu'en faveur du progrès.

La création de l'Ecole dentaire de Paris menaçait de rendre irréalisable son désir d'assimilation de l'odontologie par la médecine.

En effet, le programme d'enseignement de cet établissement, en faisant ressortir l'étendue et le caractère de la science odontologique, rendait cette prétention difficilement admissible.

Aussi, abandonnant les attaques de front pratiquées jusque-là — inutilement d'ailleurs — il changea de tactique et fit une diversion : il créa la stomatologie, et devint le premier stomatologiste.

Pour donner plus de corps à son action, Magitot fonda la Société de Stomatologie et un journal de propagande : la *Revue de Stomatologie.*

Notre autonomie vit ainsi se dresser contre elle, une opposition parfaitement organisée ; heureusement, elle était défendue par des hommes actifs et convaincus qui lui firent face, préférant, de beaucoup, voir et connaître leurs adversaires que d'être harcelés par des ennemis surgissant de tous côtés et portant leurs coups dans les ténèbres.

Quel besoin autre que de créer une diversion utile à ses projets, poussait Magitot à spécialiser les maladies de la bouche ?

Aucun, puisque à part les affections des dents, ces maladies étaient l'objet d'un enseignement suffisant à la Faculté et que tout médecin était apte à les traiter avec compétence.

Ce fut donc uniquement une manœuvre dirigée contre notre autonomie.

L'arme nouvelle fut rapidement mise au point.

Son action consista à proclamer bien haut l'ampleur de la stomatologie, et à réduire aux plus petites proportions possibles, par des critiques acerbes et souvent inexactes, le volume des connaissances odontologiques, ainsi que la valeur scientifique et professionnelle des dentistes.

On peut dire que Magitot occupa une chaire non de stomatologie, mais de dénigrement odontologique.

Avec une ardeur qui ne s'est jamais ralentie, Magitot a soutenu, jusqu'à sa mort, une polémique énergique ; mais sans rallier personne à sa cause, en dehors de ceux qui y étaient directement intéressés, c'est-à-dire un petit nombre de médecins-dentistes.

L'exagération de ses écrits fut loin de lui attirer les sympathies des esprits impartiaux, tandis qu'elle développa le scepticisme de l'autorité académique, trop clairvoyante pour subir une influence aussi partiale. Aussi, ne fut-il jamais écouté, et la mauvaise impression qu'il laissa s'étendit sur son successeur.

A sa mort, la campagne dirigée contre nous eut un temps d'arrêt ; personne n'osant relever le glaive du chef, trop couvert de violences et d'exagérations. La Société de Stomatologie décapitée jugea à propos de se recueillir.

La *Revue de Stomatologie* elle-même subit le contrecoup de l'interrègne : elle cessa de paraître pendant plusieurs années.

⁂

En somme, qu'est-ce que la stomatologie ?

AU POINT DE VUE SCIENTIFIQUE, c'est l'étude de toutes les connaissances médicales se rattachant à la cavité buccale.

Mais, lorsqu'une matière devient trop étendue pour être mise en valeur, par une seule activité humaine, elle donne lieu à des subdivisions. C'est ainsi que la stomatologie comme l'ophtalmologie et la rhinologie peuvent être considérées, logiquement, comme des portions de la céphalologie, et l'odontologie est incontestablement une portion de la stomatologie.

Il reste à savoir si l'odontologie est assez vaste pour constituer, à elle seule, une spécialité ; et si la stomatologie, telle qu'elle est enseignée à l'Ecole de médecine, c'est-à-dire, défalcation faite de l'odontologie, offre les conditions ordinaires d'une spécialité médicale.

En ce qui concerne cette dernière, je ne me chargerai pas de l'établir, par ma propre expérience, je m'en rapporterai à la place qui lui a été réservée, dans le décret du 11 janvier 1909, portant revision des études médicales et qui innove l'enseignement de la stomatologie.

Elle y tient juste l'espace d'une ligne, et je crois bien qu'en pratique, elle en restera là ; car elle apparaît comme une superfétation, faisant double emploi avec les matières enseignées dans d'autres branches à la Faculté de médecine.

Quant à l'odontologie, je pense que son importance est autrement établie par le même décret, puisqu'il étend le programme d'études de cette spécialité sur un nombre d'années égal à celui qui sert à former, actuellement, un docteur en médecine.

AU POINT DE VUE DE LA POLITIQUE PROFESSIONNELLE, la stomatologie veut exprimer la prétention émise par un certain nombre de médecins, établis dentistes sans préparation spéciale, ou après un séjour de quelques mois, voire même de quelques semaines, dans une officine, ou dans une clinique hospitalière, où il n'est fait que de la dentisterie dite d'urgence ; que les études médicales complètes sont *indispensables et suffisantes* pour exercer convenablement l'odontologie.

Et pourtant, ces études médicales, si *indispensables et suffisantes*, ne contiennent pas même un chapitre d'odontologie !

Ces médecins stomatologistes sont en opposition, d'une part, naturellement, avec tous les odontologistes, et, d'autre part, avec un second groupe de médecins ayant fait des études dentaires complètes et dont l'avis est, par conséquent fortement étayé.

Ceux-ci soutiennent que des études médicales judicieusement et éclectiquement fractionnées, jointes aux études dentaires, suffisent à former un odontologiste parfait.

Demande-t-on au médecin de connaître l'astronomie sous prétexte que les saisons, les climats, le soleil ont de l'influence sur la santé humaine ?

L'exagération dans l'extension des programmes conduit parfois loin du but qu'on se propose ; elle a souvent pour conséquence le sacrifice de quelque branche très utile, lorsqu'elle ne nuit pas à tout l'ensemble des études.

Les besoins professionnels et les exigences de l'intérêt public sont les meilleurs critériums de la limite des connaissances à acquérir.

AU POINT DE VUE PRATIQUE, la stomatologie reste purement et simplement l'élément de diversion, grâce auquel elle a vu le jour. Après, comme avant son invention, ses adeptes n'ont cessé de s'adonner presque exclusivement aux pratiques odontologiques et, afin d'éviter toute confusion, ils ont soin de le préciser sur leurs papiers d'affaires, par la stipulation suivante, dont ils font suivre leurs noms : « Maladies de la bouche et DES DENTS ». Ils spécifient donc nettement qu'il y a une distinction à faire entre les unes et les autres, et ils reconnaissent implicitement qu'il y a *une stomatologie* et *une odontologie.*

Il résulte de cette courte analyse, que si la stomatologie est logique dans son sens scientifique, elle est insoutenable dans son sens étroit et tendancieux.

Plausible pour les uns, incohérente pour les autres ! Mais ne constate-t-on pas, tous les jours, que l'incohérence est un milieu où bien des gens respirent à leur aise ?

⁂

Pour tirer ses conclusions, le critique impartial ne limite pas ses observations à ce qu'il est à même de constater autour de lui ; il doit étendre son horizon le plus loin possible et même regarder au delà des frontières.

Voyons donc ce qui se passe à l'étranger et comment s'y pose la question de stomatologie.

Chacun sait que les Etats-Unis sont à la tête des nations, par le nombre et l'importance de leurs institutions odontologiques ; les dentistes de ce pays possèdent un enseignement spécial, ayant le rang de faculté dans les Universités, et on leur confère le titre de docteurs en chirurgie dentaire.

Dans la plupart de ces états, les docteurs en médecine ne peuvent exercer l'odontologie sans le diplôme dentaire, aussi la stomatologie y est-elle inconnue.

L'Angleterre, l'Allemagne, la Belgique, l'Espagne, la Russie, la Suisse, les Pays Scandinaves ignorent également le stomatologiste, et lorsqu'un médecin y prend cette qualification, il est incompris et considéré comme un original.

Deux pays, l'Autriche et l'Italie, exigent le doctorat en médecine pour l'exercice de l'art dentaire, sans préparation odontologique. Personne n'ignore à quel degré de décadence notre profession y est tombée.

Les pays n'ont que les institutions qu'ils se donnent et, par conséquent, qu'ils méritent ! Il y aurait mauvaise grâce à insister.

Espérons, toutefois, qu'ils reconnaîtront leur erreur, et que le bel exemple que donne la France, en renforçant ses études odontologiques, servira à les ramener dans la bonne voie.

⁂

Pour terminer, odontologistes, mes chers confrères, cessez de craindre le fantôme stomatologique dont on a quelque peu abusé, et dont le décret du 11 janvier vous a, pour le moment débarrassés. Avec de l'union et de la persévérance, il est aisé de le faire évanouir.

Et vous, chers élèves, qui entrez dans la carrière en cet heureux moment, efforcez-vous d'acquérir une bonne et solide instruction professionnelle, et observez les préceptes de la déontologie, pour continuer l'œuvre complète de vos devanciers, appuyée sur ces trois facteurs : l'*association*, l'*enseignement* et l'*autonomie*. Comme eux, sachez tenir votre art et vos institutions à la hauteur des plus grandes exigences contemporaines, et vous hâterez l'accomplissement du vœu par lequel les odontologistes terminent leur déclaration de principes : la création du *doctorat en odontologie*, cette suprême et définitive consécration de leur autonomie.

PALMARÈS

SCOLARITÉ 1908-1909.

Année de perfectionnement.

Elèves ayant obtenu le diplôme de l'Ecole.

Epreuves théoriques et pratiques.

Session de juillet.

Maximum : 294 points. Minimum : 149 points.

M.	Crocé-Spinelli	259
Mlle	Levett	253 1/2
MM.	Nicolaoü	240 1/4
	Maillinger	234
MM.	Batouchansky	231
	Lemaire	205 1/2
Mlle	Chagounniddès	190 1/2
Dr	Constantinesco	210 1/3
Dr	Sordoillet	203 1/2

3e année.

Session de juillet.

Elèves ayant obtenu le diplôme de l'Ecole.

Epreuves théoriques et pratiques.

Maximum : 330 points. Minimum : 167 points.

Mme	Renhold-Dreyfus	312
MM.	Maudry	310
	Schneider	308
Mlle	Baïlowska	305 3/4
MM.	Raymond	303
	Fonsèque	300 1/4
	Cottarel	293
	Jean (Paul)	291
	Mousis	290 1/3
	Jolivet	280
Mlle	Guénéva	279
Mme	Oudot-Malteau	277 1/2
MM.	Vérité	276
	Ash	275
	Neuman	272 3/4
	Masrouby	270 1/4
Mlle	Welkowa	268 1/4
MM.	Ruppe	267 3/4
	Huguet	264 3/4
	Loynel	264 3/4
	Latour	264
	Davigneau	263 1/2
	Marinetti	261 1/4
	Mallard	261
	Ladevèze	260
	Persillon	258 3/4
Mlle	Atchkoff	255 3/4
MM.	Bercut	255
	Guirriec	254 1/4
Mlle	Christidès	254
MM.	Gody	254
	Leplat	251 1/2
	Redelinger	251 1/2
	Ronchèze	250 1/2
	Pégon	249
	Da Silva	248
	Heidé	246
Mme	André	244 3/4
M.	Déjouany	244 1/2
Mlle	Pinguet	243 3/4
MM.	Tchernobilsky	242 3/4
	Villas	239 1/2
	Lépinay	239
	Daupley	237 1/4
	Lefèvre	234 3/4
	Veaux	232 1/2
	Guichard	231 3/4
	Maurou	231
	Gauthier	228 1/4
	Jacobson	226 1/2
	Steichen	217 1/2
	Poggioli	213 3/4
	Kaminer	200 1/2
	Wattelet	195 1/2

3e année.

Session d'octobre.

MM. Mourani	246	MM. Gleyze	230
Bamberger	237 1/2	Courtois	224 3/4
Peseux	231 1/4		

CLASSEMENT

2e année.

Maximum : 78 points. Minimum : 40 points.

M. Delaplanche	70 1/4	MM. Arnold	63 3/4
Mlle Grodzinska	64	Billoret	63 1/2

1re année.

Maximum : 84 points. Minimum : 43 points.

MM. Rambaud	79 1/2	M. Bergé	77
Michel	78 3/4		

RÉCOMPENSES

4e année. — Année de perfectionnement.

Maximum : 294 points. Minimum : 149 points.

M. Crocé-Spinelli. — **Prix.**

Médaille de vermeil, accordée par l'Ecole dentaire de Paris.

Un bon de cinquante francs d'instruments, offert par la maison Raymond frères.

Mlle Levett. — **Mention.**

Une trousse de spatules en agathe nickelées, offerte par la maison Menard Van Os.

3e année.

Mme Renhold-Dreyfus. — **Premier prix.**

Médaille de vermeil, offerte par M. le Ministre du Commerce.

Une grande presse Solbrig, offerte par la maison Ash.

M. Maudry. — **Deuxième prix.**

Médaille d'argent, offerte par l'Ecole dentaire de Paris.

Un bon de 100 francs d'instruments, offert par le Dr Godon.

M. Schneider. — **Troisième prix.**

Médaille de bronze, offerte par l'Ecole dentaire de Paris.

Une trousse de 12 daviers, offerte par la maison Picard frères.

Mlle Baïlowska. — **1re Mention.**

Un bon de 20 francs d'instruments, offert par l'Association.

Un volume, offert par M. le Préfet de la Seine.

M. Raymond. — **2e Mention.**

Un volume, offert par M. le Préfet de la Seine.

M. Fonsèque. — **3e Mention.**

Un volume, offert par M. le Préfet de la Seine.

Prix de dentisterie opératoire.

Créé par M. le Dr Sauvez en faveur des élèves qui se classent en tête dans la branche.

M. Paul Francis Jean. — **1er Prix.**

Un bon de 100 francs d'instruments, offert par M. le Dr Sauvez.

Mme Renhold-Dreyfus. — **2e Prix.**

Un bon de 50 francs d'instruments, offert par M. le Dr Sauvez.

M. Neuman. — **Prix du Dispensaire.**

Un bon de 50 francs d'instruments, offert par la Société coopérative des dentistes de France.

M. Gody. — **1re Mention.**

M. Persillon. — **2e Mention.**

M. Raymond. — **Prix de Prothèse.**

Un bon pour appareil à estamper, offert par M. G. Villain.

M. Maudry. — **Mention.**

M. Mousis. — **Prix d'Anesthésie.**

Le Prix d'Anesthésie a été créé par M. Miégeville en faveur de l'élève qui aura fait le plus grand nombre d'opérations au service d'anesthésie du Dispensaire.

Un masque inhalateur, offert par M. Miégeville.

2e année.

M. Delaplanche. — **Prix.**

Un bon de 50 francs d'instruments, offert par l'Association générale des dentistes de France.

Mlle Grodzinska. — **1re Mention.**

M. Arnold. — **2e Mention.**

M. Billoret. — **3e Mention.**

M. Sémoff. — **Prix du Dispensaire.**

Trousse de six daviers, offerte par la maison Jetter et Schérer.

M. Blanchard. — **1re Mention.**

Mlle Lemerle. — **2e Mention.**

Mlle Grodzinska. — **Prix de Prothèse.**

Appareil à estamper, offert par M. Geoffroy.

1re année.

M. Rambaud. — **Prix de classement.**

Un bon de 30 francs d'instruments, offert par l'Association générale des dentistes de France.

M. MICHEL. — **1re Mention.**
M. BERGÉ. — **2e Mention.**
M. BERGÉ. — **Prix du Dispensaire.**
Le porte-instruments nickelé de la maison Menard Van Os.
M. MICHEL. — **1re Mention.**
M. TÉMINE. — **2e Mention.**
M. RAMBAUD. — **Prix de Prothèse.**
Boîte à instruments, offerte par la maison Ash.
M. BERGÉ. — **1re Mention.**
M. MOUCHE. — **2e Mention.**

NÉCROLOGIE

Deux de nos confrères, MM. Maurion de Larroche et Bitar, viennent d'être cruellement éprouvés par la mort de leurs filles, Mlle Geneviève Maurion de Larroche, âgée de 18 ans, et Mlle Farida Bitar.

Nous adressons à nos confrères et à leurs familles l'expression de nos bien sincères regrets.

NOUVELLES

Monument d'Horace Wells.

Le Comité de l'œuvre du monument d'Horace Wells nous informe qu'il a obtenu l'adhésion du Ministre des Affaires étrangères et qu'il a obtenu du Conseil municipal de Paris l'emplacement demandé place des Etats-Unis, devant Lafayette et Washington. L'inauguration du monument aura lieu sans doute le 27 mars 1910 à l'occasion de la réunion annuelle de la F. D. I. et de la Société des dentistes américains d'Europe.

M. Barrié a été nommé secrétaire général du Comité en remplacement de M. Léger-Dorez.

Le montant des souscriptions pour cette œuvre s'élève à 7.000 francs actuellement.

Les souscriptions sont reçues chez notre confrère M. Geo. Roussel, trésorier, 101, avenue des Champs-Elysées.

Nous reproduisons ci-dessous la maquette du monument.

Les services dentaires dans l'armée.

Le général de Langle de Cary, commandant le 4e corps d'armée, vient de prendre des mesures pour assurer dans toute l'étendue de son commandement le service dentaire dont le Ministre de la Guerre a préconisé l'organisation. Cinq soldats possédant leur diplôme sont chargés de donner leurs soins à leurs camarades. Un caporal de la 4e section d'infirmiers est chargé de la place du Mans. Un cabinet dentaire est installé à l'infirmerie du 26e d'artillerie et fonctionnera tous les jours de 8 heures à 10 heures et de 2 heures à 4 heures.

Les autres places sont divisées en quatre secteurs de deux garnisons chacune et seront visitées alternativement par les quatre autres diplômés, de façon que les places les moins favorisées aient au moins une fois par semaine la visite des dentistes. *(La France militaire.)*

Fédération odontologique brésilienne.

Le 21 octobre dernier s'est fondée à Rio-de-Janeiro (Brésil) la Fédération odontologique brésilienne. Elle a pour but de défendre les intérêts généraux de la profession, de lutter pour les réformes à introduire dans l'enseignement odontologique, de propager l'hygiène dentaire au moyen de conférences et de publications, d'obtenir des pouvoirs publics la création de l'inspection et de traitements dentaires dans les écoles, asiles, hôpitaux et prisons, de publier un historique du développement de l'odontologie au Brésil, d'obtenir du Parlement la réglementation de la profession, de provoquer la création d'un code de jurisprudence dentaire, d'établir des relations internationales corporatives, de travailler à l'organisation des congrès dentaires nationaux ou internationaux, d'accepter ou de refuser les invitations à s'occuper directement ou indirectement des affaires internationales de la profession, de fixer les phrases et termes employés en odontologie en établissant une nomenclature rigoureuse, d'obtenir la nomination d'inspecteurs sanitaires odontologiques, etc., etc.

3e Congrès international d'hygiène scolaire.

Le 3e Congrès international d'hygiène scolaire, qui se tiendra à Paris du 2 au 7 août 1910, comprendra une sous-section dentaire d'hygiène scolaire.

L'Ecole dentaire de Paris et l'Association seront représentées à ce Congrès par quinze délégués, dont cinq pour l'Ecole, cinq pour l'Association et cinq pour la Société d'Odontologie de Paris.

Dépôt de rapport.

M. Francis Jean, délégué du Ministère de l'Instruction publique au V^e Congrès dentaire international, vient d'adresser son rapport au Ministère.

Nous avons reçu un exemplaire de ce rapport, qui sera lu avec intérêt et dont on ne saurait trop féliciter l'auteur, qui s'est fait une fois de plus le porte-parole des revendications des odontologistes en matière d'hygiène et d'instruction publique.

DERNIÈRE HEURE

Nous recevons trop tard pour pouvoir l'insérer une circulaire nous annonçant l'organisation, à l'Exposition universelle internationale de Bruxelles en 1910 (Groupe 17b, classe 16, médecine, chirurgie, art dentaire), d'une exposition groupée de chirurgiens-dentistes et d'une autre de fabricants et fournisseurs de matériel et de produits dentaires.

Nous publierons cette circulaire dans notre prochain numéro.

S'adresser pour tous renseignements à M. Delair, membre des Comités d'admission et d'installation de la classe 16, rue Cernuschi, 12, Paris, chargé par le Comité de l'organisation.

29e ANNÉE. N° 24 30 DÉCEMBRE 1909 VOL. XLII

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie **est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

TRAVAUX ORIGINAUX

TECHNIQUE DE L'AURIFICATION A L'OR NON COHÉSIF
PRÉSENTATION D'UN CONDENSATEUR A OR

Par M. MORINEAU,
Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

J'ai déjà eu l'occasion et le plaisir de faire des démonstrations d'obturation à l'or non cohésif à la Société d'Odontologie. Il m'est arrivé plusieurs fois d'affirmer à des confrères que l'or mou, lorsque le cas est indiqué, est une aurification idéale, et ces confrères, qui de leur propre aveu ne s'en servaient jamais ou en avaient obtenu de mauvais résultats, prétendaient, les uns, que cela ne valait pas une aurification à l'or adhésif, les autres, une incrustation d'or.

Aussi je tiens à plaider en faveur de l'or mou qu'on n'emploie généralement pas assez, en particulier à l'Ecole dentaire où on le considère comme une chose à dédaigner.

C'est cependant l'obturation essentiellement pratique, rapide, solide et sûre des cavités simples, c'est-à-dire ouvertes sur un seul plan, principalement les cavités triturantes, linguales et jugales et aussi toutes les cavités d'accès libre, y compris les caries du collet, des petites et des grosses molaires.

Ce mode d'obturation se fait aussi bien sur les canines et les incisives si la cavité s'y prête.

Je ne nie pas la valeur indiscutable des obturations à l'or adhésif et les inlays d'or, que nous pouvons employer dans des cas où nous ne pouvons pas employer l'or mou ; je ne veux pas faire le procès de ces modes d'obturation, mais il me sera permis d'estimer que, chaque fois que vous serez en présence d'un cas d'aurification non cohésive, vous aurez tous les avantages à la faire.

A cavités de dimensions égales vous opérerez plus rapidement avec l'or mou et avec beaucoup plus de sécurité, car, mécaniquement, de lui-même l'or non cohésif tient dans la cavité, chaque point de la surface de l'aurification fait partie d'un cylindre qui est tenu du haut en bas dans la masse de l'or et dans l'aurification adhésive, que l'on condense par plans successifs du fond de la cavité vers l'extérieur si, à un moment donné, l'adhésivité de l'or se trouve diminuée, tout l'or incorporé après ce moment risque de se détacher et le succès de l'opération se trouve ainsi compromis.

Il est vrai qu'en principe nous mettons toujours la digue, mais il est des cas où cela est impossible : ainsi les caries du collet, les dents de forme conique où dont l'éruption est incomplètement terminée ; avec certains patients nerveux et susceptibles qui ne peuvent supporter la digue, la difficulté de faire une obturation à l'or adhésif est insurmontable et dans ces cas vous arriverez à exécuter très bien une aurification à l'or non cohésif.

Ne considérez pas l'or mou comme une obturation que l'on doit exécuter exceptionnellement, lorsqu'il n'est pas facile de faire autre chose, mais comme une opération que l'on doit toujours pratiquer chaque fois que le cas est indiqué ; de plus c'est une obturation directe, immédiate, ce qui est un avantage sur l'inlay, lequel est une obturation indirecte.

Technique. — Il est absolument indispensable que la cavité soit préparée d'une façon rationnelle ; le fond doit en être plat et de telle façon que la cavité soit sur toute son étendue d'une égale profondeur, les parois seront presque parallèles. Il est recommandable d'employer des fraises cylindriques dites fraises à fissures, la rétention sera très largement assurée par une légère inclinaison de la fraise, de façon à rendre la surface du fond de la cavité légèrement plus grande que la surface limitée par les bords.

Il ne faut faire aucune sorte de rainure, les parois doivent être résistantes, les bords taillés à pic, sans dessous et sans parties surplombantes. La profondeur de la cavité ne doit pas être exagérée, et dans certains cas il sera nécessaire ou de faire un fond de ciment ou de faire deux aurifications superposées.

Les cylindres d'or doivent être convenablement préparés : une épaisseur moyenne comme le n° 4 de White convient très bien.

La hauteur des cylindres étant en rapport direct avec la profondeur de la cavité, il faut plier la feuille d'or suivant la hauteur à donner aux cylindres ; cette hauteur est environ un quart plus grande que la profondeur de la cavité.

Il est recommandable de plier l'or de telle façon que les bords de la feuille soient rentrés en dedans, l'or ne se déchire pas en se roulant en cylindres. On obtient une hauteur de cylindres qui est utilisable pour la moyenne des cavités en pliant en seize parties une moitié de feuille d'or, pour les cavités plus petites en pliant en seize parties un tiers de feuille.

La grosseur des cylindres est en raison de l'étendue de la cavité.

Pour rouler l'or, employer un mandrin très effilé et rayé, et non des sondes à canaux, comme on le fait trop souvent.

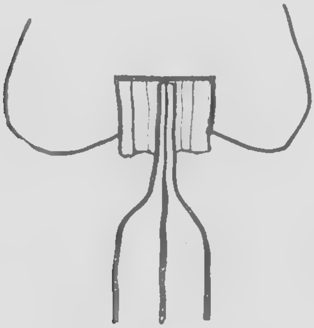
On rend les cylindres exactement cylindriques en les prenant par les extrémités entre les mors d'une précelle.

Je signale tous ces petits détails parce qu'ils ont une très grande importance si l'on veut obtenir une condensation régulière et homogène de l'or.

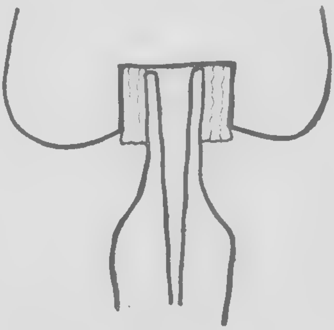
Mode opératoire. — Tapisser les parois de la cavité avec des cylindres disposés perpendiculairement au fond plat de la cavité en commençant par les endroits les moins accessibles ; avec un instrument maintenir les premiers cylindres qui tomberaient dans un cas d'aurification d'une dent de la mâchoire supérieure; avec une précelle résistante en introduire de nouveaux au centre de la cavité et fouler latéralement du centre vers la périphérie de manière à se ménager au centre de l'aurification le plus de place possible pour pouvoir introduire le plus grand nombre de cylindres et condenser l'or latéralement.

A cet effet j'ai l'honneur de vous présenter un instrument qui a pour but cette condensation latérale de l'or sur les parois de la cavité.

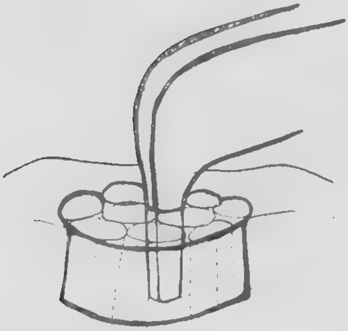
Il y a un condensateur pour le haut et un pour le bas.



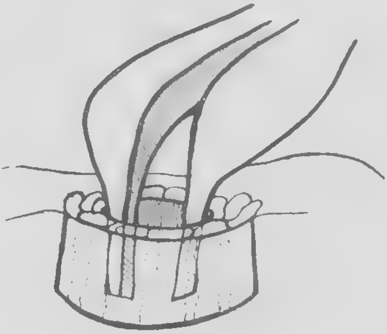
n° 1



n° 2



n° 3



n° 4

Il consiste en une pince s'ouvrant de dedans en dehors, à laquelle est assujetti un fort ressort qui maintient les extrémités réunies. La pince étant fermée, l'extrémité a la forme d'un fouloir cylindrique à stries longitudinales.

On enfonce le condensateur fermé dans l'espace ménagé au centre de l'aurification et, lorsque l'extrémité touche le fond de la cavité, on condense l'or latéralement en ouvrant le condensateur par une pression manuelle, et en le tournant dans toutes les directions on arrive ainsi à appliquer les cylindres d'une façon parfaite sur les parois de la cavité.

Le condensateur peut servir en même temps de précelle et il est possible au moment où l'on enfonce l'instrument au centre de l'aurification d'introduire un cylindre préalablement pris entre les mors.

Cet instrument est édité par la maison Ash.

Lorsque le plus grand nombre possible de cylindres a été introduit dans la cavité, que le dernier cylindre, le cylindre clou a obturé le dernier espace qu'il a été possible de se ménager au centre de la cavité, on procède à la condensation perpendiculaire de l'or.

Fouler d'abord légèrement avec un gros cylindre des bords vers le centre, puis du centre vers la périphérie, de manière à bien fixer le tout en place, puis avec des fouloirs à extrémités de plus en plus petites fouler perpendiculairement l'or de toutes ses forces.

Les cylindres s'aplatissent, se condensent, rentrent les uns dans les autres et peuvent se comparer à des accordéons juxtaposés ; les pointes de chaque pli rentrant dans les creux des voisins, on arrive à former un tout compact qui tient de lui-même et qui est également condensé en tous points puisque la cavité et les cylindres sont de forme régulière.

Pour cette condensation manuelle, tout le monde connaît les fouloirs de M. Richard-Chauvin, ils sont bien en mains et permettent d'employer une force considérable, mais ils ont des extrémités à surface trop grande, surtout pour les petits modèles.

Pour la même force que peuvent produire nos muscles, plus la surface du fouloir sera petite, plus la pression sera grande ; nous devons donc nous appliquer à obtenir le plus de pression possible sur des extrémités de fouloirs de plus en plus petits.

Il n'est pas nécessaire que ces fouloirs soient rigoureusement cylindriques, et des fouloirs en forme de croissant ou de circonférence et ne présentant pas plus de surface qu'un petit fouloir cylindrique auraient l'avantage de reposer sur plusieurs cylindres à la fois et d'éviter ainsi de faire des trous ou de glisser entre deux cylindres de la masse d'or encore incomplètement condensée.

D'autres moyens de condensation viennent s'ajouter à la pression manuelle.

Le fouloir de M. Lemerle, qui est celui de Gaillard modifié, ne s'emploie que dans les faces triturantes quand il y a des dents antagonistes et lorsque le patient a de bons muscles masticateurs.

Pour ma part je tiens à signaler un instrument de condensation qui est loin d'être nouveau, mais que je trouve parfait, c'est le fouloir pneumatique de Rauhe, d'une puissance considérable, d'un maniement facile et très bien supporté par le patient, malgré le choc considérable qu'il donne.

On termine l'aurification par un brunissage énergique et un polissage parfait.

En opérant de la sorte vous êtes certains d'obtenir des résultats très satisfaisants comme nous en obtenons nous-même.

Le grand honneur d'être collaborateur de M. Francis Jean m'a permis de bien apprécier les avantages de l'or non cohésif.

Le nombre considérable d'aurifications anciennes et en excellent état que nous revoyons et le nombre important que nous faisons chaque jour nous donnent toute satisfaction. La rapidité d'exécution et la durée du résultat sont précieuses pour le praticien et pour le patient à qui l'on diminue dans une notable proportion les ennuis inévitables que comporte le travail de l'or adhésif.

La méthode dont nous vantons ici les qualités n'a rien de nouveau en elle-même, mais elle nous semble par trop délaissée.

Faites de l'or non cohésif chaque fois que le cas se présentera, c'est l'obturation essentiellement solide, rapide, sûre et pratique des cavités simples et principalement des petites et des grosses molaires.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES FERMENTS ET EN PARTICULIER DU FERMENT LACTIQUE DANS LA THÉRAPEUTIQUE BUCCALE

Par

Léon Frey, et B. de Nevrézé,

Ancien interne des Hôpitaux de Paris,
Professeur à l'École dentaire
de Paris,
Dentiste de l'Hospice de Bicêtre.

Ancien interne des Asiles de la Seine,
Ancien élève des Écoles
de Philadelphie et de Chicago,
Assistant de la consultation dentaire
de l'Hospice de Bicêtre.

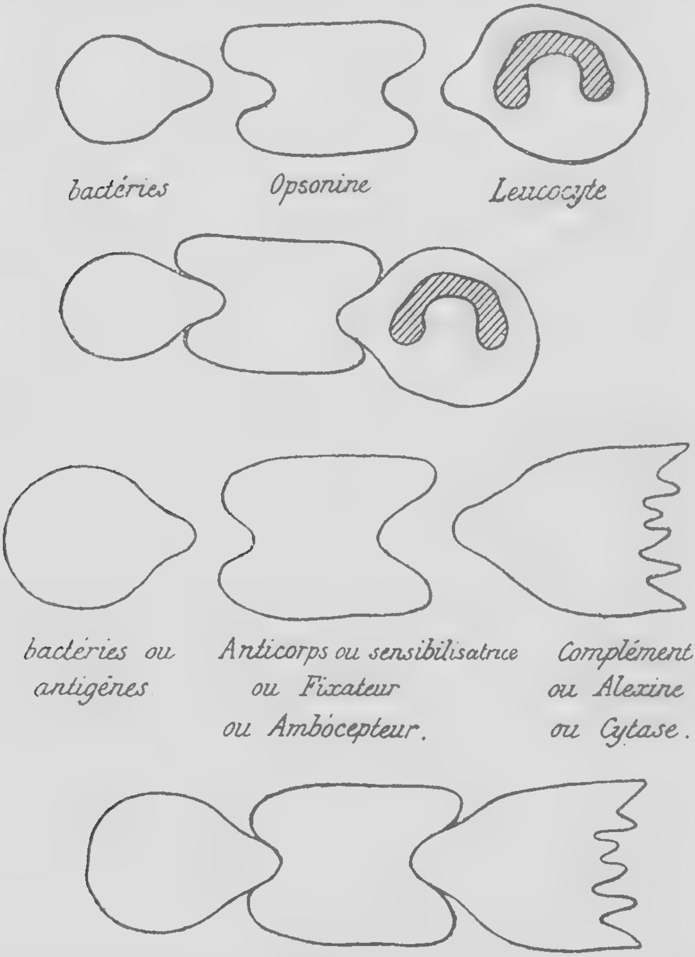
(Mémoire présenté au Congrès de Berlin, août 1909.)

Préliminaires. Exposé de trois de nos réactions dites de défense.

Parmi les réactions dites de défense de notre organisme contre les infections, il en est deux qui, dans ces dernières années, ont été spécialement étudiées : l'une est une réaction *des humeurs,* c'est la *bactériolyse,* qui a fait l'objet d'une conférence de l'un de nous à la Société d'Odontologie en mai 1909.

Elle se résume, d'après Ehrlich, dans les deux schémas suivants qui montrent l'anticorps se fixant sur les bactéries qu'il a sensibilisées et attirant le complément, anticorps et complément étant des substances qui digèrent les bactéries (bactériolyse) ; l'autre est une réaction des *cellules ;* c'est la *phagocytose* de Metchnikoff, agissant par les leucocytes polynucléaires qui absorbent les corpuscules de petites dimensions (tels les microbes, d'où leur nom de *microphages*) et par les leucocytes mononucléaires, qui absorbent les corps plus volumineux (d'où leur nom de *macrophages*) ; cet acte phagocytaire est favorisé par certaines substances humorales qui préparent les microbes à être mieux digérés par les leucocytes, ce sont les *opsonines* de Wright (όψονειν préparer) ; la phagocytose se résume, d'après René Gaultier, dans les deux schémas suivants, qui montrent l'opsonine préparant les bactéries à être phagocytées par le leucocyte.

Outre la bactériolyse et la phagocytose, l'organisme présente encore une réaction de défense dans la *concurrence vitale des microbes*. Il se peut que celle-ci ait quelque rapport avec les deux réactions précédentes, surtout la deuxième, en vertu de diastases encore inconnues rappelant les opsonines. C'est pour cela que nous venons de signaler à l'attention du lecteur, en les résumant, la bactériolyse et la phagocytose.


bactéries
Opsonine
Leucocyte
bactéries ou antigènes
Anticorps ou sensibilisatrice ou Fixateur ou Ambócepteur.
Complément ou Alexine ou Cytase.

De la thérapeutique par la concurrence vitale dans la

Dans la pathologie de la bouche, cette concurrence vitale a fait l'objet d'études intéressantes, en particulier du professeur Miller (de Berlin) et c'est aux conclusions de ce savant si regretté que se sont ralliés Kirk en Amérique, Frey en France.

Il était donc naturel que dans la thérapeutique buccale, la notion de la concurrence vitale des microbes fût mise à profit. D'ailleurs n'en a-t-il pas été de même dans la thérapeutique des maladies infectieuses générales? N'est-ce pas à la connaissance des phénomènes de bactériolyse et de phagocytose que la thérapeutique doit la sérumthérapie et les vaccins de Wright ?

Mais sur quelles bases scientifiques pouvait s'étayer cette thérapeutique par la concurrence vitale ? Aucun travail dans cet ordre d'idées n'avait été fait pour la bouche, donnant une portée pratique aux conclusions de Miller. Heureusement il n'en était pas de même pour *l'intestin* et peut-être allait-il être possible d'en tirer par *analogie* quelque déduction relative à la cavité buccale. On sait que dans l'intestin, à l'état normal, il y a une flore microbienne variée ; la plus importante est aérobie amylolytique et saccharolytique ; la moins importante est anaérobie stricte et protéolytique, mais comme cette dernière est la flore de la putréfaction intestinale, elle devient exclusive dans les états pathologiques dus à l'auto-intoxication digestive, faisant disparaître la flore amylolytique, qui est normalement de 65 o/o, selon la plupart des auteurs.

Cette notion bien établie a permis aux médecins, dans l'hygiène et dans la thérapeutique intestinales, d'établir un *régime alimentaire aboutissant à la prédominance des aérobies amylolytiques.*

En outre, Tissier (Ann. Instit. Pasteur 1905) a été amené, par ses recherches sur la flore intestinale des nourrissons, à employer une *thérapeutique microbienne;* nous allons essayer de résumer son travail en quelques lignes ; du groupe des infections intestinales aiguës, il sépare une forme spéciale par ses symptômes, sa marche, due à une espèce anaérobie stricte, *le Bacillus perfringeus,* microbe à fonction protéolytique.

Tissier oppose à ce microbe une bactérie qui, *inoffensive*

pathologie buccale. Ses bases scientifiques :

a) Considérations relatives à la pathologie intestinale et à sa thérapeutique. Par analogie, elles vont être le point de départ de nos considérations présentes en pathologie buccale.

b) Du polymicrobisme buccal à l'état d'équilibre biologique.

c) Du polymicrobisme buccal à l'état pathogène.

par elle-même comme par ses sécrétions et ses produits de fermentation, soit à même, en tant que ferment saccharolytique, de nuire au développement du perfringeus.

Il propose le *B. acidi paralactici* de Kosaï et plus tard il se sert d'une symbiose du paralactique avec le *B. acidi bifidus,* lequel forme normalement le fond de la flore intestinale du nourrisson.

Le succès fut tellement encourageant que Tissier étendit à un grand nombre d'affections gastro-intestinales : 1° le régime qui aboutit à la prédominance des aérobies amylolytiques ; 2° sa thérapeutique, par la culture microbienne.

Tels sont les faits concernant l'hygiène et la thérapeutique intestinales ; trouvons-nous par analogie dans la cavité buccale des conditions justiciables d'une thérapeutique microbienne ? Il est évident que les infections buccales, dont le caractère polymicrobie est reconnu de tous, ne peuvent être individualisées de façon à opposer à un microbe son antagoniste ; nous ne connaissons pas, nous dentistes, une infection analogue à celle du Perfringeus à laquelle il soit possible d'opposer un *B. acidi paralactici ;* il faut d'ailleurs reconnaître que nos confrères médecins ne poussent pas en général si loin l'individualisation microbienne dans l'intestin, ils se contentent de savoir à peu près sûrement si la prédominance de la flore est saccharolytique ou protéolytique pour déterminer le régime et le genre de microbe antagoniste.

Pour nous dentistes il suffira de savoir que dans l'état d'équilibre biologique les microbes de la bouche, par leur concurrence vitale, ne peuvent nuire à l'organisme ; et nous n'avons qu'à rappeler à cet égard les belles expériences de Miller avec le Prodigiosus.

« Je rinçai ma bouche, dit-il, avec un bouillon de B. Prodigiosus, contenant plus de deux milliards de bacilles ; aussitôt après, puis à divers intervalles, je comptai les bacilles contenus dans une parcelle de ma salive ; voici le résultat :

Au début...........	97.600
Après une heure.....	1.220
— 2 heures.....	127
— 3 —	17
— 6 —	0

Bon nombre d'autres bactéries, ajoute-t-il, qui pénètrent dans la bouche humaine, subissent le même sort, c'est-à-dire sont vaincues dans leur lutte pour l'existence. »

Mais n'oublions pas que, *dès que cet équilibre n'existe plus, notre polymicrobisme buccal devient virulent pathogène :* comme exemple nous n'avons qu'à signaler les poussées de gingivite au moment des règles et pendant la grossesse ; les infections secondaires des plaies d'extractions faites pendant ou peu avant les époques ; enfin les dépôts de tartre avec toutes leurs conséquences pyorrhéiques, quand le milieu buccal subit, dans son chimisme, les modifications que lui apporte l'arthritisme. Et ici, à côté des données de la clinique, laquelle nous fait reconnaître l'arthritisme et ses transformations chimiques des milieux organiques, le tartre, la gingivite tartrique, la pyorrhée alvéolaire, etc., nous pouvons nous appuyer, au point de vue expérimental, sur les beaux travaux de notre illustre compatriote, le docteur Galippe.

C'est lui qui a établi l'origine microbienne de toutes les concrétions calculeuses qui se rencontrent dans les différents organes de l'économie ; c'est lui qui a démontré, dans ses recherches critiques et expérimentales sur la genèse des calcifications pathologiques et en particulier sur la formation du tartre et des calculs salivaires, que les microorganismes buccaux étaient les agents de la précipitation tartrique ; c'est lui enfin qui en a apporté une preuve décisive en réalisant la synthèse des calculs salivaires.

Il était donc logique qu'à l'instar des pathologistes de l'intestin, nous opposions à ce polymicrobisme buccal (devenu pathogène par insuffisance de sa concurrence vitale naturelle) une concurrence artificielle. On pourra nous faire l'objection suivante : à quoi bon ce dernier mode de théra-

Il est don
logique d'op
poser une cor
currence vital
artificielle a
polymicrobis-
me buccal de

venu pathogène par insuffisance de sa concurrence vitale naturelle.

peutique, étant donnés nos moyens d'hygiène générale et locale, nos procédés antiseptiques et nos ressources chirurgicales ? Nous reconnaissons volontiers la richesse de tout notre arsenal, mais la clinique nous présente des cas qui justifient pleinement l'adjuvant par la méthode microbienne : telle jeune femme, qui a, au moment de ses règles, une gingivite résistant à l'antisepsie la plus poussée et aux cautérisations, s'aggravant même par ces dernières, pourra se trouver fort bien de la médication par un ferment ; telle plaie d'extraction, tel foyer de fracture maxillaire se réinfectant à tout instant, malgré la fréquence des lavages et des attouchements antiseptiques, qui finissent même par ne plus pouvoir supporter cette antisepsie en raison de son action irritante pour toute la muqueuse de la langue et de la bouche, trouveront également, dans un ferment, l'adjuvant qui empêche les retards de cicatrisation ; enfin telle pyorrhée alvéolaire qui, malgré la thérapeutique antiseptique, chirurgicale et prothétique la plus rationnelle, demande à être constamment surveillée, en raison des dépôts tartriques récidivants, pourra, grâce à un ferment, être enrayée pour des périodes plus prolongées[1].

Ici il est important que nous fassions la remarque suivante : dans la pathologie intestinale, en raison de connaissances biologiques mieux établies, les purgations, lavages et lavements, les préparations antiseptiques ont, pour un grand nombre de cas, cédé la place à la médication microbienne ; nous, dans la pathologie buccale, nous ne pouvons, quant à présent, considérer cette médication le plus souvent que comme un adjuvant, précieux d'ailleurs, ainsi qu'en font foi nos observations.

Quel ferment employer ? Pourquoi de préférence le erment lactique ?

Mais quel ferment pouvons-nous employer ? Il faut des cultures de microbes, *antagonistes, des microbes buccaux* pour que leur action soit efficace, *capables de vivre*

---

[1] Peut-être y aura-t-il là un jour un élément de diagnostic entre les différentes pyorrhées, suivant qu'il s'agira d'une pyorrhée à prédominance tartrique ou à prédominance trophonévrotique, le traitement étant actif dans le 1er cas, impuissant dans le 2e.

dans la bouche et inoffensifs pour les dents et pour le reste de l'organisme.

Déjà l'an passé, le docteur Pierre Rosenthal et M. Berthelot (*Bulletin Soc. Thérapeut.*, 13 mai 1908) avaient fait une communication sur des cas de pyorrhée alvéolaire qu'ils avaient traités par le ferment lactique, et avec des résultats favorables.

C'est donc du côté de ce *ferment,* inoffensif, nous le savons, pour le reste de l'organisme, que notre attention fut d'abord attirée. Sans doute il doit y en avoir d'autres susceptibles de répondre aux conditions énoncées plus haut, mais la clinique dentaire nous donne relativement au ferment lactique des renseignements précis qui entraînent notre préférence : 1° les nombreux microbes de la carie dentaire sont presque tous agents de cette fermentation ; donc elle n'est que trop susceptible dans beaucoup de cas de trouver dans la bouche un milieu favorable ; la fréquence de la carie résultant ordinairement d'une fermentation lactique, montre combien ce ferment s'acclimate dans la bouche ; 2° il est un autre renseignement, heureusement très précieux que nous donne encore la clinique : Dans la plupart des cas de pyorrhée généralisée, on n'observe ordinairement plus de caries dentaires en évolution ; il semble qu'il y ait antagonisme entre le polymicrobisme généralement lactique de la carie et celui de la pyorrhée ; 3° enfin on connaît les services que la thérapeutique par l'acide lactique rend dans certaines ulcérations buccales et dans la pyorrhée, sans amener de carie dentaire.

Réponse à l'objection pour la carie de l'émail.

La grande crainte que pourrait suggérer la thérapeutique par le ferment lactique c'est la carie de l'émail ; mais rappelons-nous d'abord que nous aurons surtout à traiter des pyorrhéiques et n'oublions pas l'antagonisme dont nous parlions quelques lignes plus haut ; rappelons-nous aussi ce que nous savons de la carie de l'émail : pour que ce tissu soit attaqué, il faut que dans certaines conditions de milieu buccal (et ces conditions ne sont pas celles de la pyorrhée) se produise une matière gélatinoïde (Black et Williams) permettant aux microorganismes de le décalcifier ; cette matière gélatinoïde leur servirait en quelque sorte de « bouclier » pour empêcher la diffusion des acides.

Rappelons en outre que la sécrétion lactique est toujours inférieure à 1 pour 1000, proportion qui est elle-même inoffensive pour les dents.

Enfin (argument qui nous semble capital) après 18 mois d'expérimentation clinique dans la pathologie buccale, ainsi qu'en font foi nos observations, *jamais nous n'avons observé de caries nouvelles provoquées par notre traitement.*

Comment agit le ferment dans la bouche ?

Dans tous les cas que nous avons traités, il est fort probable que le bacille lactique a détruit les microbes agents de formation du tartre, et sans doute aussi les microbes, agents de suppuration ; une flore lactique s'est constituée, flore oligo-microbienne, sinon mono-microbienne ; et c'est cette flore nouvelle qui tend à diminuer le nombre des espèces productrices de tartre, d'ulcérations et de suppuration.

Dans nos observations d' « *ozène* » *buccal* il y aurait une action directe contre les anaérobies, microbes de la putréfaction [1].

Boucard a fait observer d'une façon fort ingénieuse que le ferment lactique n'acidifie pas le milieu intestinal parce que, au fur et à mesure de la production d'acide lactique, il s'effectue par voie réflexe une sécrétion alcaline des glandes intestinales, pancréatiques, hépatique qui le neutralise.

---

[1] Résumons ici l'action de ces derniers (Rœser, chimie alimentaire) ; ils déterminent la transformation profonde des albuminoïdes ; après un premier stade d'hydratation, un commencement de décomposition se manifeste avec formation de « produits infects » ; des acides gras acétique, butyrique, de l'hydrogène, de l'acide carbonique sont mis en liberté, puis vient le tour de l'azote, de l'ammoniaque, du soufre, sous forme d'hydrogène sulfuré, du phosphore sous forme de composés phosphorés volatils. Plus tard apparaissent les acides amidés, amido-stéarique, amido-butyrique, palmitique et en même temps des peptones-toxiques : ptomo-peptones et ptomaïnes.

Tissier, Martelly, Gasching (Ann. inst. Pasteur, 1902, 1903) montrent qu'il suffit d'introduire du ferment lactique et des sucres dans un milieu en putréfaction pour voir s'arrêter le processus à mesure que les B. lactiques prennent la place des bactéries de putréfaction.

Il doit y avoir vis-à-vis du milieu buccal une analogie complète.

L'action intime du ferment doit être d'ailleurs fort complexe, il doit se produire des diastases, il doit se faire une élaboration de substances mal définies que nos moyens d'investigation ne nous permettent pas de décéler, mais qui en quantité infinitésimale sont capables de réaliser une action empêchante énergique vis-à-vis d'autres microorganismes. C'est d'ailleurs cette opinion de Bélononsky que le docteur Dessaix cite dans sa thèse sur les ferments lactiques (1909).

Nous venons de dire pourquoi nous employons le ferment lactique et le mode d'action que nous lui attribuons. Mais les bacilles lactiques sont innombrables ; à quelle variété donnerons-nous la préférence ?

La plus énergique est le *bacille Bulgare ou B. de Massol* ; il a une puissance vitale en moyenne quatre fois plus élevée que celle des autres ferments lactiques.

Il se présente sous la forme d'un gros bâtonnet qui rappelle le B. du charbon, quoique sensiblement moins long ; il ne donne pas de spores ; il est immobile, aérobie et anaérobie facultatif, il coagule le lait, mais atteint en même temps les graisses, aussi communique-t-il au lait caillé un désagréable goût de suif.

Cultivé sur un milieu solide, il se met en chaînettes et ses articles se raccourcissent.

Ses milieux de culture les plus favorables sont le lait, le bouillon peptoné, la gélose sucrée.

Les préparations sèches sont seules indiquées dans la thérapeutique buccale.

Nous ne conseillons pas le *lait aigri* parce que, comme l'a observé Dessaix dans sa thèse, il contient huit à dix pour mille d'acide lactique préformé, c'est donc une potion acide, qui ne se trouve pas indiquée en pathologie buccale ; nous ne conseillons pas non plus *les bouillons de culture* en raison de la répugnance qu'ils font éprouver à certaines personnes ; en outre toute culture liquide perd rapidement son activité pour les raisons suivantes (Dessaix) :

1° Appauvrissement du milieu, à mesure que les bactéries vivent à ses dépens ;

2° Souillure du milieu ; car les déchets de nutrition, qui sont toujours toxiques pour l'espèce qui les a élaborés, rendent bientôt le bouillon impropre à la vie du ferment ;

3° Dans les bouillons peuvent exister des impuretés qui, au bout d'un temps plus ou moins long, finiront par envahir la culture à mesure qu'elle s'affaiblira, qu'elle deviendra moins vivace et arriveront à se substituer au B. lactique. La substitution de flore, qui peut ne pas être sans danger, est toujours à redouter avec les cultures liquides anciennes.

Nous nous servons de *préparations sèches,* car elles ne peuvent comporter d'acide lactique préformé, elles ne font éprouver aucune répugnance ; elles sont d'un emploi infiniment plus facile, elles offrent une sécurité beaucoup plus grande.

En effet la plupart des microbes sont susceptibles à l'état sec d'une conservation indéfinie en adoptant un état de vie ralentie, sans exigence vitale ; ils ne perdent pas cependant, dès qu'ils sont placés dans des conditions favorables, leur faculté de germer.

Les bactéries lactiques présentent au plus haut point ce pouvoir de réviviscence. « Il nous a été donné, dit Dessaix, de démontrer cette parfaite conservation de la vie des cultures lactiques desséchées par l'expérience suivante que nous avons réalisée maintes fois au laboratoire de M. le professeur agrégé Macaigne : nous prenions deux ballons que nous ensemencions l'un avec des cultures lactiques liquides, riches, en pleine activité, l'autre avec des cultures sèches préparées depuis plus d'une année, nous les portions tous les deux à l'étuve à 38° pendant 24 heures. L'examen bactériologique nous montrait *dans les deux cas une richesse et une activité identiques à tous les points de vue.* »

La vitalité des bactéries lactiques sèches est donc intacte. Et ces cultures, lorsqu'elles sont bien préparées, sont absolument inodores et ne provoquent aucune répugnance ni dégoût.

MODE D'EMPLOI.

Nous avons souvent, dans la pyorrhée généralisée, fait nous-mêmes des ensemencements profonds d'une poudre de ferment lactique (préparation sèche très active) dans les culs-de-sac gingivaux, tout en observant les autres règles classiques du traitement (curettage, immobilisation, etc.). Mais généralement nous conseillons à nos malades de laisser fondre assez loin des heures des repas, pour ménager la réaction gastrique[1] *(de bonne heure au réveil ou dans le courant de la matinée* et *aussi dans le courant de l'après-midi),* des comprimés d'acide lactique. Ils peuvent en prendre *chaque fois* de un à trois et les mettre tantôt entre les joues et les dents, tantôt entre les lèvres et les dents.

Dans la pyorrhée généralisée, ce traitement hygiénique, adjuvant, est conseillé environ 2 semaines 1/2 à 3 semaines par mois, et cela d'une façon continue.

Dans les gingivo-stomatites ulcéreuses ou non, dans les plaies alvéolaires ou maxillaires, dans l'ozène buccal l'usage du ferment est indiqué jusqu'à disparition des phénomènes inflammatoires, ou ulcéreux dans les premiers cas, jusqu'à bourgeonnement de bonne allure dans les seconds, jusqu'à disparition de la fétidité dans le troisième. Dans tous ces derniers cas nous recommandons aux malades de mettre les comprimés de préférence là où il y a lésion. Exceptionnellement certains malades en avalant cette bouillie lactique accusent des symptômes douloureux intestinaux, avec ballonnement. Ils ne devront pas abandonner le traitement, mais plutôt suspecter la pureté des cultures employées.

---

[1] Il n'est pas possible que le malade ne déglutisse pas un tant soit peu de la bouillie lactique formée avec sa salive, d'autant qu'il n'a aucun intérêt à la cracher. S'il avale cette bouillie avant, au cours ou à la fin du repas, le ferment restera dans l'estomac toute la durée de la digestion et risquera de modifier la réaction gastrique, en produisant sur place de l'acide lactique aux dépens du sucre des aliments (Boucard).

Clinique.

Ici nous préférons, au lieu de faire un exposé quelque peu aride des observations, raconter les faits cliniques qui peu à peu ont établi notre foi en l'action généralement adjuvante, souvent même curatrice, du ferment lactique employé.

Nous rappelons que c'est la communication faite par MM. Pierre Rosenthal et Albert Berthelot qui attira notre attention sur ce nouveau mode thérapeutique.

Ce sont eux qui les premiers ont traité les *gingivites et les pyorrhées alvéolaires* par les ferments lactiques et avec un succès inattendu : « nous avons obtenu, disent ces » auteurs, des résultats très encourageants, nous avons no» tamment traité avec plein succès des gingivites ayant » résisté aux traitements habituels, nous avons vu en huit » jours évoluer vers la guérison une pyorrhée datant de » plus d'un an, et une trentaine d'observations, toutes aussi » concluantes, nous permettent de croire que l'emploi mé» thodique des bacilles lactiques constitue le traitement » de choix des états inflammatoires chroniques de la mu» queuse buccale. »

C'est alors que nous eûmes l'occasion de rédiger pour la thèse de Dessaix les deux observations suivantes[1] :

Observation I.

Observation de gingivite menstruelle guérie: Mme X..., 24 ans, bonne santé générale. Elle est bien réglée, mais à chaque période présente des phénomènes de gingivite, avec gros bourrelets interdentaires, saignant fortement au moindre contact. Quelquefois les gencives enflammées s'ulcèrent, surtout au niveau des incisives supérieures ; ces ulcérations sont très douloureuses et s'accompagnent d'engorgements ganglionnaires ; aucun dépôt de tartre ne peut expliquer cette gingivite à répétition.

Sur mon conseil, Mme X... se met, pendant une période menstruelle particulièrement compliquée d'inflammation gingivale, à sucer dans la journée cinq ou six comprimés de ferment lactique. Les bourrelets gingivaux régressent *immédiatement* et les hémorragies cessent.

---

[1] La première est une observation de Frey, la deuxième de de Nevrezé.

Le lendemain tous ces phénomènes ont tendance à réapparaître, mais deux comprimés de ferment lactique en ont encore raison.

Depuis M^me^ X... emploie régulièrement le ferment lactique quelques jours avant et pendant ses époques ; elle ne souffre plus de sa gingivite, sauf quand elle se relâche dans son traitement.

Notons que les *dents sont toujours restées indemnes,* malgré le traitement très répété.

Observation II.

Observation de fétidité buccale sans lésion apparente, guérie. — M^lle^ X..., en 1907, vint me consulter pour une lésion dentaire banale et je fus frappé par l'odeur nauséabonde que présentait son haleine.

Pensant que la lésion dentaire était tout d'abord en cause, car la bouche était fort bien entretenue, je commençai par soigner et guérir la dent malade ; mais l'odeur persista et je prescrivis un antiseptique chimique (goménol associé au borate de soude).

La malade ne fut revue que quelques mois après ; l'odeur persistait toujours ; elle était particulièrement accentuée au niveau d'une plaque métallique du haut (platine).

J'associai au goménol l'eucalyptol, le menthol sans plus de succès. La malade revint le mois après, elle présentait toujours la même fétidité buccale.

C'est à ce moment que j'eus recours au ferment lactique dont j'ordonnai de sucer cinq comprimés par jour.

La désodorisation ne tarda pas à s'effectuer, puisque la malade revenait quatre jours après et sa bouche ne *présentait plus aucune odeur.*

Observation III. *(Fétidité buccale.)*

Tels étaient nos premiers essais, quand l'un de nous eut l'occasion d'examiner une jeune femme enceinte, dont la *fétidité buccale* était telle qu'il dût différer le traitement dentaire.

Cet état se compliquait d'inappétence, langue saburrale, etc., correspondant à un mauvais état des voies digestives.

Séance tenante il lui fit sucer quelques comprimés lactiques et lui recommanda d'en employer encore quelques-uns jusqu'au lendemain.

Il revoyait cette malade 24 heures après, et constatait la disparition de toute fétidité buccale ; l'état digestif lui-même était très amélioré.

Observation IV.

C'est alors que notre confrère Roussel eut l'amabilité de nous communiquer l'encourageante observation suivante :

Il s'agissait de la femme d'un médecin américain, âgée de 50 ans environ, très soigneuse de sa bouche et qui tous les six mois faisait procéder à l'ablation *de son tartre,* toujours très abondant.

En avril elle revint de la côte d'azur et se rendit chez notre confrère pour qu'il procédât à son grattage semestriel.

Quel ne fut pas son étonnement quand il constata que son intervention était inutile : le tartre ne s'était pas reformé ! Il fit part de sa surprise à sa cliente, demandant à quoi attribuer cette modification. Il apprit que cette dame, pour des troubles intestinaux, suivait très assidûment un *traitement au ferment lactique depuis plus de six mois.*

OBSERVATION V.

Observation due au D^r^ G. Lemerle. — *Stomatite ulcéro-membraneuse traitée antérieurement par acides chimiques, lesquels déterminent des lésions de décalcification sans améliorer l'état des muqueuses. Bactériothérapie lactique. Guérison.* — M^lle^ D..., 23 ans, stomatite ulcéro-membraneuse à l'occasion de chaque période menstruelle. Elle avait été traitée antérieurement par des applications d'acide chromique et nitrate d'argent sans autre résultat que de déterminer des lésions de décalcification profonde au niveau des collets de toutes les dents. Ces lésions dentaires sont extrêmement douloureuses et nécessiteraient presque la dévitalisation de toutes les dents.

21 septembre 1908. — La face interne des joues est très tuméfiée. Les bourrelets gingivaux sont ulcérés; douleur intense accompagnée de fièvre (38°5), de chaleur dans la bouche et d'adénite sous-maxillaire bilatérale, plus forte à droite. Les antiseptiques chimiques sont supprimés, et nous prescrivons du ferment lactique pendant un mois à raison de six comprimés par jour. Amélioration rapide. Guérison.

Rien aux règles suivantes. La guérison est obtenue peut-être définitivement.

22 mai 1909. — En effet, elle cesse le traitement sans voir se reproduire la stomatite périodique.

OBSERVATION VI.

Observation due au D^r^ G. Lemerle. — M^me^ ...., 28 ans, gingivite tartrique légère, mais constante, hémorragies fréquentes, stomatite ulcéreuse pendant les règles. Cet état dure depuis deux ans. Parfois poussées de stomatite ulcéreuse, — adénite et fièvre ; — ne s'est jamais soignée sérieusement, autrement que par gargarismes banals divers.

Curettage, traitement par ferment lactique, amélioration très notable.

Novembre 1908. — Pas de récidive (avec deux mois de bactériothérapie lactique seulement).

OBSERVATION VII.

Observation due à M. le D^r Jean Monod. — *Revue de stomatologie* (juillet 1909). — Fracture ouverte de la mandibule dans la région de l'angle.

Immobilisation dans l'occlusion au moyen d'une double gouttière métallique. — Guérison. — Pas d'infection de la muqueuse buccale, grâce à la bactériothérapie lactique.

Après vingt-quatre jours d'immobilisation, je n'ai eu qu'à défaire le bandage facial et à prier le malade d'ouvrir la bouche pour y cueillir ma double gouttière. Malgré l'occlusion permanente et l'impossibilité d'un nettoyage quelconque des dents du côté lingual, *malgré que j'aie retrouvé dans l'appareil des débris alimentaires de toute sorte, les gencives sont restées absolument nettes et saines,* grâce à l'application quotidienne de ferment lactique faite *larga manu* sur la muqueuse vestibulaire (et en faisant sucer trois ou quatre comprimés au malade par jour).

Dès lors nous nous mîmes systématiquement à employer le ferment lactique en clientèle et à l'hôpital de Bicêtre, pendant que le D^r Jean Monod, médecin-major, chef du service stomatologique au Val-de-Grâce, traitait avec ce produit des malades présentant des plaies chirurgicales infectées de la bouche, des fractures du maxillaire inférieur ou porteurs d'appareils de restauration bucco-faciale.

A Bicêtre, chez la plupart des débiles ou arriérés qui nous étaient amenés, tout en leur prescrivant les comprimés qu'ils suçaient comme des bonbons, nous faisions dans leurs bouches infectées, jamais soignées, souvent putrides, des ensemencements de bacilles lactiques en poudre.

Et *tous,* nous avons toujours constaté sinon la guérison complète, du moins l'atténuation très sensible des phénomènes infectieux, fréquemment leur disparition rapide, *toujours la suppression de la fétidité,* et une accélération très nette du travail de réparation et de cicatrisation.

En clientèle nos pyorrhéiques arthritiques déposaient moins de tartre.

Chez eux le ferment n'a jamais été et ne pourra jamais être qu'un utile adjuvant au traitement local du dentiste et au traitement général du médecin [1].

Nous croyons intéressant de signaler ici la communication du Dr Brindeau, à la société d'obstétrique de Paris, le 16 avril 1908, où il signalait les beaux résultats obtenus dans la fièvre puerpuérale, traitée par une culture de B. lactiques ; un mélange de ceux-ci avec du sucre de lait stérilisé était porté, à l'aide d'une seringue de Roux, dans la cavité utérine ; cela deux fois par jour, après nettoyage du vagin, du col et de la cavité elle-même.

CONCLUSIONS.

A) La thérapeutique microbienne en pathologie buccale est légitimée :

1° Par nos connaissances cliniques sur le polymicrobisme buccal ;

2° Par nos connaissances expérimentales sur ce polymicrobisme que nous devons aux travaux de Galippe (de Paris) et de Miller (de Berlin) ;

3° Par l'expérience clinique.

B) Nous donnons, jusqu'à présent, la préférence au ferment lactique.

C) Cette thérapeutique microbienne se recommande par sa facilité d'emploi et par son innocuité sur les tissus.

D) Son action n'exclut dans la plupart des cas aucune des interventions ordinaires du dentiste, elle leur sert d'adjuvant.

E) Cependant, dans la fétidité buccale, elle peut être considérée comme absolument *curatrice*.

---

[1] Voir à cet égard les idées développées par Frey dans son mémoire sur la pyorrhée alvéolaire et le terrain (A. F. A. S., Lyon, 1906, *L'Odontologie*).

REVUE DES REVUES

LES DENTS BIEN CALCIFIÉES ET LES DENTS MAL CALCIFIÉES

Par EUGÈNE TALBOT, de Chicago.

Traduit du Dental Cosmos

PAR

EUGÈNE DARCISSAC, D. D. S., de l'Université de Pensylvanie,

Lauréat de l'Ecole dentaire de Paris.

(Suite [1].)

Il y a quelques années je fis avec le Dr Latham une étude complète de la pulpe dentaire. Ces recherches furent présentées plusieurs fois devant la section de stomatologie de l'Association médicale américaine. Plus de quatre mille dents furent ouvertes, et deux mille pulpes furent retirées et placées dans différents liquides pour être colorées, montées et préparées pour faire des coupes pour le microscope. Je fus étonné du nombre de maladies de la pulpe. La calcification était relativement peu fréquente. Les maladies des vaisseaux et des nerfs modifient les phénomènes inflammatoires : abcès, gonflement diffus, dégénérescence graisseuse, mucoïde, colloïde, hyaline, amyloïde, calculs de la pulpe, néoplasmes, fibromes. J'ai expliqué le système vaso-moteur en montrant les terminaisons nerveuses sur les parois des vaisseaux de la pulpe. Cela explique le rôle bon ou mauvais du système sympathique sur les terminaisons nerveuses et les vaisseaux. J'ai parlé aussi de la dégénérescence de Valleriau, et de la sclérose des nerfs, expliquant les modifications des terminaisons nerveuses et du tissu nerveux de la pulpe.

Si, comme le dit le Dr Black, la calcification de la pulpe est la cause de l'altération de la substance organique et de la décoloration de l'organe, et d'une notable diminution de sa résistance, la structure de la dent n'est-elle pas atteinte avec plus de force encore lorsque les vaisseaux et les ramifications nerveuses sont enflammés, et qu'il y a des abcès et tous les troubles dont nous venons de parler ?

La question fut posée lorsque nous faisions ces études. Quelle est la cause de tant de maladies de la pulpe et à quel moment les observe-t-on ? Nous savons que le moment de la sénilité varie avec les individus. Nombre d'enfants naissent séniles. Les enfants deviennent séniles à n'importe quelle période de leur développement, au moment de l'éruption des dents temporaires, des dents permanentes, à l'adolescence, à la ménopause, vers soixante ans, lorsque les artères se modifient ; les dents perdent donc notablement de leur résistance avec l'âge, comme le dit le Dr Black.

---

[1] V. *Odontologie*, 15 décembre 1909, p. 537.

Quand les fonctions de l'organisme sont altérées, soit à cause d'une maladie héréditaire ou acquise, il est logique de supposer, que les perturbations de l'organisme et les auto-intoxications doivent augmenter les toxines dans le sang, particulièrement à la période du développement, et il en résulte la décoloration et la décalcification des dents.

Lorsque les poumons, les intestins, les reins ou la peau sont atteints, les dents, les procès alvéolaires ne le sont-ils pas également ? Si nous pouvions examiner les pulpes d'individus âgés, nous les trouverions dans un triste état ; les fibres de la dentine sont détruites, la substance organique perd sa vitalité, les prismes de l'émail se brisent, l'émail et la dentine se décalcifient. Les chagrins, les ennuis, le surmenage, les maladies, la grossesse, modifient les terminaisons nerveuses, la circulation, et sont la cause de résultats désastreux.

Si comme l'affirme le Dr Black « il y a quelque chose dans la constitution qui par l'intermédiaire des sécrétions buccales agit sur les causes efficientes de la carie en diminuant ou en augmentant leurs effets », pourquoi ce « quelquechose » ne modifierait-il pas les sécrétions internes, ne modifierait-il pas le sang, et ne profiterait-il pas d'une dépression de l'organisme, alors que les dents sont en moindre résistance, pour permettre aux sécrétions buccales d'agir avec plus d'intensité encore sur la structure des dents ? Plusieurs années d'expérience clinique et méthodique nous permettent de dire avec raison que cela est vrai.

Le Dr Kirk, dans la communication dont nous avons déjà parlé dit : « Nous pouvons attribuer les différentes opinions, entre les conclusions du Dr Black et celles de la majorité des cliniciens, aux différentes méthodes d'observation choisies pour étudier les caractères physiques des dents ». Dans cette communication nous discutons moins les différentes méthodes d'observation, que le point de vue tout à fait différent auquel nous nous plaçons pour discuter les conclusions du Dr Black. En tant que praticiens, nous observons chaque jour une différence entre les dents bien calcifiées et les dents mal calcifiées. Il est possible, cependant, qu'il n'y ait pas une si grande différence, mais une obturation bien faite empêchera dans les deux cas la carie de récidiver. Nous savons tous qu'une dent dont les fibres dentinaires où la pulpe n'existent plus, ne donne pas à la fraise la même sensation qu'une dent ayant une pulpe normale et saine. Je ne connais aucun recueil d'observations, fait dans le but de montrer les valeurs relatives des obturations dans les deux classes de dents.

Je crois que si on posait la question à chaque praticien : Quelle est la dent qui résisterait le mieux à la carie sous une matière obturatrice donnée ? Tous ou presque tous diraient : La dent normale.

Voici un cas typique de « dents molles » chez un commis voyageur de vingt-sept ans, un de mes clients, qui eut il y a un an une jaunisse grave. Il vint me trouver pour se faire soigner les dents. Elles étaient devenues jaunes, se décalcifiaient, et la carie se développait rapidement autour des obturations. Au curettage les cavités étaient insensibles, les fibres dentinaires étaient détruites. Si nous examinions les pulpes de ce patient, nous trouverions un organe pathologique en voie de résorption.

Il est fréquent de voir des dents temporaires tout à fait jaunes, se cariant rapidement, et dont les fibres dentinaires et la pulpe ont disparu. M. J. S., âgé de sept ans, eut à cinq ans la rougeole. La convalescence fut longue et actuellement il est délicat. Les premières grosses molaires permanentes, les incisives centrales et latérales ont évolué et sont en excellent état. Les canines, les premières et secondes molaires temporaires sont décalcifiées et se carient rapidement, les pulpes sont atteintes sans douleur et les dents sont tout à fait jaunes.

J'ai une série d'observations de petits patients comme celui-ci, tous ont eu des fièvres éruptives, et quelques-uns des maladies héréditaires.

Comment le Dr Black et le Dr Kirk peuvent-ils dire que « ces différences sont peu sensibles » ? Les conditions physiologiques et pathologiques des dents dont les pulpes sont malades ou mortes ne sont-elles pas les mêmes que dans les autres tissus de l'organisme en tenant compte de leur structure ? L'excellent travail du Dr Kirk n'établit aucun rapport entre les dents vivantes et les dents mortes, de sorte que nous ne pouvons les comparer sous le microscope ou la lumière polarisée. Les résultats obtenus sous le microscope, entre les dents séniles et les dents sans pulpe, sont jusqu'à présent à peu près nuls. Pour cette raison, nous ne pouvons établir sous le microscope, à l'aide de nos méthodes actuelles, aucune comparaison avec les dents normales.

Les observations de la majorité des cliniciens, au sujet de la restauration des dents, ne sont pas faites au point de vue mécanique, mais sont faites en tenant compte des caractères physiques des dents. Si on se place à ce point de vue, nous savons que la densité, la dureté, et la composition chimique des dents varient peu. Nous savons aussi que les fibres dentinaires sont détruites dans certaines conditions, que les dents se laissent fraiser facilement, qu'il y a une odeur sous l'action du fraisage rapide, ce qui explique la décomposition du tissu organique, l'insensibilité de la dentine dans de nombreux cas, même lorsque l'on atteint la chambre pulpaire.

Les conclusions de Black au sujet de la structure de la dent, peuvent être interprétées différemment. Les dents temporaires et les dents permanentes n'ont pas toujours les mêmes caractères ; elles se décalcifient et ne résistent pas à la carie aussi bien que celles qui n'ont pas été atteintes par les maladies de l'organisme. Les troubles généraux dans les auto-intoxications sont l'origine de la décalcification des dents et la cause principale de l'érosion, de l'abrasion, et de la carie dentaire.

Le plus bel exemple de décalcification des dents, de décoloration, d'érosion, d'abrasion, ayant pour origine l'auto-intoxication, nous est donné par ces états pathologiques dans lesquels les incisives centrales supérieures ou inférieures ou toutes, sont seulement atteintes. Les toxines du sang sont entraînées jusqu'à l'extrémité des vaisseaux sanguins et donnent l'explication de la dégénérescence des terminaisons nerveuses et artérielles. C'est un signe des premiers symptômes d'auto-intoxication, devançant la polyarthrite alvéolo-dentaire. L'analyse du sang ne donne rien d'intéressant au sujet de sa composition chimique. C'est pourquoi nous devons penser aux sécrétions internes et au fonctionnement des différents organes comme le cœur, le foie, les reins, les intestins, etc. L'analyse de l'urine doit être faite. La quantité d'urine éliminée en vingt-quatre heures doit être notée. Nous devons intervenir si l'acidité est anormale et s'il y a de l'indican, si quinze cents centimètres cubes ne sont pas excrétés en vingt-quatre heures. La pression cardiaque et l'état de l'intestin doivent aussi être surveillés. Le médecin ne prête qu'une attention légère à tous ces symptômes précurseurs, parce que le patient va et vient sans quitter ses occupations. Le médecin ne pensera qu'il a des raisons sérieuses d'intervenir, que si la maladie a fait de tels progrès qu'un organe important est atteint.

La polyarthrite alvéolo-dentaire, les maladies de la pulpe, la mortification des fibres de la dentine et de la pulpe qui causent la décoloration et la décalcification des dents, l'érosion, l'abrasion, la carie à marche rapide sont les premiers symptômes d'auto-intoxication.

L'étude des dents bien calcifiées et des dents mal calcifiées, de même que l'étude de l'état de la bouche et de ses tissus, est un travail digne de toute notre attention.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 6 juillet 1909.

La Société d'Odontologie de Paris a tenu sa séance mensuelle, le 6 juillet 1909, à 9 heures du soir, à l'Ecole dentaire de Paris, sous la présidence de M. Barrié, président.

Les procès-verbaux des séances de février, mars et avril sont adoptés sans observations.

Le secrétaire général donne lecture d'une lettre de M. Pont, président du Conseil d'Administration de l'Ecole dentaire de Lyon, annonçant à la Société qu'une subvention de mille francs a été allouée à cette école par le Conseil municipal de Lyon.

M. le président fait don à la Société, au nom de M. G. Adain, d'un ouvrage sur « le canal mandibulaire et les accidents de la dent de sagesse ».

M. Barrié, encore souffrant à la suite d'un accident récent, cède la présidence à M. Blatter, vice-président.

I. — LA COULÉE DES PIÈCES MÉTALLIQUES DANS DES MOULES OU L'ON A FAIT LE VIDE, PAR M. RÉAL.

M. Réal fait sur ce sujet une communication qui sera publiée ; il présente un ingénieux appareil, dont il est l'inventeur, et procède à une démonstration, au cours de laquelle il arrive à couler plusieurs plaques métalliques. Cette démonstration, qui doit être renouvelée dans une séance essentiellement pratique, intéresse vivement les membres de la Société.

M. le président. — Je tiens à féliciter et à remercier M. Réal d'être venu nous présenter son appareil. L'emploi du vide pour la coulée a été un des premiers moyens utilisés pour la confection des appareils de coulée. Carrol l'employait pour la coulée de l'aluminium. Je suis très heureux de voir M. Réal nous présenter un appareil offrant tous les avantages de la coulée par le vide — et ils sont très nombreux — et présentant l'avantage de raréfier autant qu'il est possible l'air dans la cavité dans laquelle nous devons faire couler le métal, ce qui assure les meilleurs résultats. Dans les appareils à pression, nous pouvons remarquer des insuccès partiels, sinon complets, dus dans grand nombre de cas à la mauvaise élimination des gaz, qui nous oblige à recommencer la coulée.

Je suis donc heureux de voir M. Réal nous soumettre un procédé qui nous évite l'encombrement et les désagréments des appareils à estamper, et je le remercie sincèrement de sa présentation.

II. — Présentation d'un malade porteur d'un appareil pliant de prothèse restauratrice, par M. Delair.

M. Delair présente un malade qui, à la suite d'une blessure de guerre, subit une mutilation importante du maxillaire inférieur, de la langue et du plancher de la bouche ; l'orifice buccal extrêmement réduit ne permettant pas l'introduction de l'appareil indiqué dans ce cas, M. Delair construisit un appareil pliant, qui au lieu de s'introduire dans la bouche avec ses dimensions normales de 7 centimètres, ne représentait au moment de l'introduction qu'une longueur de 3 centimètres.

Le malade met et enlève plusieurs fois l'appareil avec une grande facilité. Ce cas, qui sera prochainement publié, vaut à M. Delair les félicitations unanimes de la Société, dont M. le président se fait l'interprète.

III. — Application de la presse Solbrig dans un cas de dent a pivot a tube sur une prémolaire a canaux divergents, par M. Bruschera.

M. Bruschera donne lecture de sa communication, qui a été publiée (V. *Odontologie*, 15 novembre 1909, p. 441).

Discussion.

M. Morineau. — Pour faire ces sortes de dents à pivot, il existe la dent à fourche qu'a imaginée M. Francis Jean, qui emploie justement la dent à tube. Elle se compose de deux pivots réunis à un fil à tube, et qui sont ajustés et soudés. On ajuste la dent à tube sur la surface de la racine.

M. Bruschera. — Pour mon cas, j'ai essayé la dent que vous citez, mais cela n'allait pas à cause de la divergence des racines. De plus, vous pouvez vous rendre compte que le pivot n'est pas dans l'axe de la dent.

M. Morineau. — J'ai vu des dents à pivot qui sont posées depuis 15 ans, avec des dents à tube et qui sont toujours en place, même dans des cas d'articulation basse.

M. Bruschera. — J'ai préféré le procédé que je viens de vous indiquer, la coulée du culot englobant les pivots me paraissant plus solide que leur soudure.

M. Morineau. — En quel métal sont vos pivots ?

M. Bruschera. — On peut les employer en or ou en platine.

M. Morineau. — Comme on coule de l'or, il faut que le métal avec lequel on fait les pivots, fonde à une température plus élevée. Le platine iridié est indiqué.

M. Georges Villain. — Pourquoi M. Bruschera place-t-il le pivot dans la racine externe au lieu de le placer dans la racine palatine ?

M. Bruschera. — Parce que dans une prémolaire la racine externe est beaucoup plus grosse et le canal plus large.

M. Georges Villain. — Avez-vous calculé la résistance à l'effort qui dans une prémolaire supérieure est beaucoup plus considérable quand vous placez le pivot dans la racine palatine.

M. Bruschera. — A M. Morineau je répondrai que le pivot doit être en or platiné. Or dans la coulée vous employez de l'or inférieur à celui employé dans le pivot. Les pivots en platine cependant sont en effet les plus usités.

L'effort de résistance se trouve dans le culot. Les pivots ne servent absolument que pour maintenir la dent dans son axe : l'effort est entièrement supporté par le culot. Dans une prémolaire on ne peut jamais mettre de pivot aussi solide que dans une racine de canine ou une d'incisive, car elles sont beaucoup trop frêles. J'ai pensé qu'en faisant cette calotte tout en métal, placée dans l'intérieur de la racine, tout l'effort serait supporté par ce culot.

M. Georges Villain. — Pendant l'effort masticatoire, mouvements de latéralité, tous les efforts vont venir sur le pivot placé dans la racine vestibulaire, et nous allons très probablement favoriser la séparation de nos racines. Si nous plaçons le pivot dans la racine palatine, notre effort étant dirigé dans un sens perpendiculaire aux racines et exercé sur la racine palatine, nous risquons d'entraîner toute la dent et nous ne craignons pas autant la fracture.

M. Bruschera. — Ce pivot de la racine interne dans mon cas, en comparaison, quoiqu'il soit plus court est plus solide car on peut lui donner toute la largeur possible.

M. Morineau. — Si vous augmentez la grosseur du pivot, vous diminuez la résistance de la racine.

M. Bruschera. — On n'augmente pas cette grosseur de 3 ou 4 millimètres, mais seulement d'un dixième de millimètre, ce qui, surtout dans cette partie de la racine, peut être obtenu sans crainte.

M. le président. — Je remercie M. Bruschera de sa communication, et suis heureux de lui souhaiter la bienvenue parmi nous ; je suis sûr d'être l'interprète de la Société en lui adressant de vives félicitations.

IV. — Technique d'aurification a l'or non cohésif. Présentation d'un nouveau condensateur, par M. Morineau.

La communication de M. Morineau est publiée plus haut.

Discussion.

M. Roy. — Je suis très heureux que M. Morineau soit venu plaider en faveur de l'or mou qui constitue, ainsi qu'il l'a dit, une obturation trop souvent négligée et qui est cependant l'une des plus pratiques, des plus parfaites.

La communication qu'il nous a faite ce soir ferait le plus grand plaisir à un professeur de cette Ecole dont le nom est inséparable de cette question de l'or mou : c'est de notre excellent collègue Richard-Chauvin que je veux parler. Il s'est fait le grand protagoniste de l'or mou et lorsqu'il était professeur ici, il en faisait des démonstrations très fréquentes. Il a fait d'ailleurs de réels tours de force avec l'or mou. Il en était même arrivé à faire des reconstitutions avec l'or mou en enchevêtrant ses cylindres dans trois positions différentes.

Nous avons eu autrefois, à une époque ancienne que ne connaissent pas un certain nombre de ceux qui assistent à notre séance ce soir, des discussions sur les avantages de l'or mou et de l'or adhésif et M. Richard-Chauvin était le grand défenseur de l'or mou. Pour nous en démontrer la valeur il a eu une comparaison qui a été, je crois, assez heureuse et que je me permettrai de vous rappeler.

Parlant de la perfection de l'obturation à l'or mou, de sa supériorité sur l'or adhésif, il disait qu'entre l'or adhésif et l'or mou il y avait la même différence qu'entre un flacon bouché à l'émeri et un flacon bouché à l'aide d'un bouchon de liège.

On objecte qu'avec l'or adhésif l'or forme une masse bien rigide. Or M. Richard-Chauvin disait qu'une bouteille bouchée à l'émeri était bouchée moins parfaitement qu'avec un bouchon de liège dont la masse faisait une pression presque constante sur les bords, joignait mieux les bords que lorsque la cavité était remplie par un corps rigide, même fort bien ajusté.

Un point que M. Morineau aurait pu signaler, qui constitue une indication très intéressante, c'est l'association de l'étain avec l'or. On obtient en procédant de la sorte des résultats absolument satisfaisants par suite de l'action heureuse qu'exerce cette combinaison sur la constitution de la dentine. Je ne veux pas développer cette question ce soir. D'autre part, bien que certains auteurs se soient déclarés adversaires de l'association de l'or mou et de l'or adhésif, il est possible de les associer. On fait même une obturation plus parfaite en faisant la partie cervicale à l'or mou qui a le maximum d'adaptation, et la partie de la reconstitution proprement dite en or adhésif.

M. Morineau. — Je suis très heureux de voir M. Roy approuver mes idées en ce qui concerne l'or non cohésif. Au point de vue de la reconstitution avec l'or mou, je n'en ai pas parlé parce que je crois que cela est un peu un « tour de force » — dans ce cas ce n'est pas une obturation pratique.

Quant à l'association de l'étain à l'or mou, cela peut rendre de très grands services. Puisqu'on parle d'étain, je crois qu'on fait faire de l'étain à l'Ecole pour apprendre aux élèves à faire de l'or mou. Or l'étain est beaucoup plus difficile à manier que l'or. C'est absolument comme si pour faire un bridge en or on le faisait faire en cuivre. Il est plus difficile de manier l'étain que l'or. Je n'ai pas voulu entrer dans tous les détails de la combinaison de l'or mou avec l'or adhésif ou l'étain, j'ai voulu relater ce que je faisais avec M. Francis Jean, et les bons résultats que nous en obtenons. C'est tout simplement cela que j'ai voulu dire dans cette communication et je n'ai pas voulu entrer dans des détails que tout le monde connaissait déjà.

M. le président. — Je remercie M. Morineau de sa communication. Bien qu'il dise qu'il ne nous apporte rien de nouveau M. Morineau nous montre néanmoins quelque chose d'original en ce sens que son modèle de condensateur est dû à son ingéniosité et que son mode de condensation est tout à fait pratique avec ces nouveaux instruments.

Je félicite donc M. Morineau et je le remercie.

V. — Observation d'un ostéome du bord alvéolaire, par M. M. Roy.

M. Roy fait une communication sur ce sujet et présente l'ostéome sujet de son observation (sera publiée).

M. le président avant de lever la séance rappelle aux membres de la Société que deux Congrès importants doivent commencer bientôt leurs travaux : le Congrès de l'A. F. A. S. à Lille, et le Congrès dentaire international à Berlin.

La séance est levée à 11 heures 1/2.

Le secrétaire général,
Henri Dreyfus.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

V^e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Berlin 23-28 août 1909.

COMPTE RENDU

(Suite [1].)

Par Georges Villain, D. D. S.
Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

2° Section de chirurgie de la bouche et de prothèse restauratrice.

Cette section tint quatre séances, dont une de démonstrations ; elle comprenait également une très importante exposition sur laquelle je reviendrai. Les moulages exposés en grand nombre indiquent le développement considérable de cette branche toute spéciale de notre science ; les appareils exposés pour remplacer les pertes de tissus ne m'ont pas semblé, je dois l'avouer, réaliser un grand progrès sur les appareils que nous avons pu voir depuis le Congrès de 1900, et nous avons tous été fiers de constater que c'est toujours la France qui tient la première place en prothèse restauratrice.

L'initiative et l'ingéniosité de notre race sont dépensées utilement pour la plus charitable et la plus noble des tâches, aussi avons-nous regretté amèrement de ne pas voir figurer dans cette exposition quelques-uns des appareils merveilleux de nos confrères spécialisés qui ont si grandement contribué à notre gloire professionnelle nationale.

Cette section avait mis à l'ordre du jour de sa première séance le thème :

Résection du maxillaire inférieur et son exarticulation. M. Fritz König, d'Altona, avait été chargé d'exposer ce thème.

M. Billinger traita la même question dans sa communication.

M. le Prof. Partsch, de Breslau : *Résection du maxillaire inférieur.* Les récents progrès dans la substitution du maxillaire inférieur après résection mi-latérale, par le rétablissement d'une relation entre la pièce restante et l'articulation temporo-maxillaire devenue libre, s'efforcent d'obtenir une mobilité fonctionnelle suffisante de la pièce restante du maxillaire.

---

[1] V. *L'Odontologie* des 15, 30 septembre, 15, 30 octobre, 15, 30 novembre et 15 décembre 1909.

Le moyen d'y parvenir par un corps étranger (fil, ferrule d'ivoire, celluloïd) introduit dans la partie charnue, remplace un substituant effectif de l'arcade dentaire perdue.

On ne peut atteindre ce but que par le moyen proposé par Schroeder, au moyen d'une pièce substitutive placée dans la cavité buccale.

Cela réussit quand la pièce de ferrule que l'on doit introduire dans l'articulation temporo-maxillaire est établie en verre et de ce fait constitue un matériel aseptique d'une manière durable, qui ne change pas de forme, particulièrement adapté à l'introduction dans l'emboîtement de l'articulation temporo-maxillaire.

En même temps on doit s'efforcer de revêtir l'emboîtement de muqueuse.

M. THAMER, d'Eberswalde : *Travaux à pont comme prothèse de résection*. En opposition à la conférence de M. le Prof. Schröder il aurait plus exactement pu dénommer son sujet « le traitement antérieur prothétique de résection de la mandibule par travaux à pont ».

Quand il se trouvait encore des dents sur les fragments il a employé, avec grand succès, dans les résections du maxillaire inférieur une prothèse à pont que l'on doit établir avant l'opération. Il s'étonne de ne trouver ce procédé mentionné nulle part bien qu'il soit simple, facile à appliquer, et qu'il offre des avantages bien considérables aux autres procédés. Il le décrit par un simple exemple.

Au milieu d'un maxillaire inférieur encore pourvu de presque toutes les dents se trouve une tumeur qui rend nécessaire la résection de la partie de canine à canine.

Avant l'opération il dévitalise les molaires de chaque côté, il les taille comme il faut et les munit de couronnes qu'il sonde entre elles. Après avoir ensuite placé ces coiffes, non soudées, sur les deux côtés de la bouche, il prend des empreintes du maxillaire inférieur et du maxillaire supérieur ; il place alors les empreintes obtenues dans l'articulateur. Puis sur le modèle du maxillaire inférieur il taille les dents de gypse de canine à canine et les remplace par une barre massive de métal fondu, qui est alors soudée des deux côtés aux coiffes.

Maintenant il extrait les dents du patient de canine à canine et là-dessus le pont est fixé ; il se recommande de rendre la consolidation aussi forte que possible avec l'adjonction éventuelle de pivots de racine et de vis.

Le traitement prothétique antérieur est terminé et la résection peut commencer. Les avantages principaux de cette méthode sont les suivants : l'articulation de la mâchoire n'est pas un moment troublée ; la guérison de la blessure n'est pas contrariée par l'introduction d'un corps étranger ; c'est à peine si le patient a conscience de la difficile opération qu'il doit supporter, la nutrition n'offrant aucune difficulté et un mouvement normal de la mâchoire étant bientôt possible.

Dans l'opération il est désirable que tout ébranlement avec des instruments grossiers tels que ciseaux, scies, soit évité, car un ébranlement éventuel du pont pendant l'opération affaiblirait les avantages de l'opération et l'on éprouverait des difficultés pour une consolidation postérieure de la pièce. Si pendant l'opération il est possible au chirurgien de laisser subsister un étroit pont d'os ou le périoste d'un fragment à un autre, on pourrait s'attendre à une régénération éventuelle de l'os et de nouvelles perspectives s'ouvriraient.

M. le Prof. TRAUNER, de Graz : *Prothèse immédiate après nécrose totale de la mâchoire inférieure chez une femme de 33 ans.* Le conférencier présente une exarticulation et la pose immédiate d'une prothèse d'étain d'après Fritzsche.

Les condyles sont bien supportés dans l'emboîtement de la cavité glénoïde et permettent une ouverture des arcades dentaires de 1 centimètre.

Le malade peut mastiquer avec assez de force pour permettre une alimentation aisée, la nourriture étant préalablement coupée en petits morceaux.

La phonation est bonne, aucune douleur, pas d'incommodité par la salive, qui est retenue d'une façon irréprochable.

Le changement de prothèse offre des difficultés presque insurmontables, car la réintroduction des condyles même après quelques minutes présente de graves inconvénients (ponts de tissus qui se tendent en travers de l'ouverture d'introduction). L'auteur recommande de construire ces appareils prothétiques en trois parties séparées — deux protubérances d'articulation et une partie médiane horizontale, — ces trois parties étant réunies dans la bouche à l'aide de vis ou écrous. Il est inutile de rechercher la légèreté de cette prothèse, parce que l'ouverture de la bouche est causée par le propre poids de la pièce substitutive. Le poids moyen d'une mâchoire fraîche de cadavre est d'environ 115 gr. M. Trauner conseille de ne pas rester au-dessous de cette limite. La force de mastication est produite par la contraction musculaire du tissu cicatriciel. Il n'y a pas de douleur causée par le décubitus des parties molles.

Il y a déjà sept mois que la prothèse est portée. De légères morsures des parties charnues dans la région molaire ne produisirent aucun trouble subjectif (l'anesthésie causée par la destruction des nerfs résulte de la suppuration existant depuis de longues années).

M. le D^r JOSÉ ROJO, de Mexico : *Occlusion dentale dans des cas de* *résection partielle de la mandibule inférieure.* Si des personnes ayant subi une résection partielle de la mandibule inférieure ont à décider du traitement thérapeutique et chirurgical, et si la région cicatrisante est abandonnée au cours de la guérison naturelle, sans aide, elles ont beaucoup à souffrir par les conséquences de cette négligence ; il en résultera par exemple une mastication affaiblie, de la déglutition et de la phonation aggravées et aussi de la déformation du visage prononcée.

Tous les accidents et les inconvénients provenant de l'opération chirurgicale de la mandibule peuvent et devraient être évités pour la plupart ou du moins amoindris par un traitement et des appareils spéciaux.

Les dents restant après l'opération chirurgicale devraient être employées comme points de support aussi bien pour guider la cicatrisation que pour fixer les appareils de rétention permanents ou temporaires.

Cette opération, qu'on pourrait appeler opération orthodonto-prothétique-rétentive, doit être divisée dans les phrases suivantes, en rapport avec le progrès et le caractère du traitement :

1° Rétention immédiate de l'occlusion dentaire et empreinte de la région cicatrisante ;

2° Réduction de la malposition due à la résection ;

3° Rétention temporaire ;

4° Rétention permanente ;

5° Traitement prothétique.

Il serait beaucoup à désirer que des cours spéciaux fussent organisés dans les écoles dentaires pour donner une instruction approfondie de cette matière.

Il est absolument nécessaire que les médecins et chirurgiens sachent que le dentiste-orthodontiste peut être très utile à ses patients, et aussi augmenter le succès des opérations chirurgicales de la mandibule par le moyen d'un traitement et d'appareils spéciaux.

Pour arriver au résultat désiré, il faut que des rapports cliniques de pareils cas, tels qu'ils sont démontrés ici, soient publiés dans la presse et dans les comptes rendus des sociétés médicales.

M. König démontre l'importance de la coopération du dentiste et du chirurgien pour la *résection du maxillaire inférieur et la désarticulation.*

M. Billinger, de Stockholm, indique une modification des attelles de Haussmann employées par Partsch dans les résections ; il emploie des plaques d'argent courbées.

M. Roloff présente une patiente opérée par König trois ans auparavant, qui porte avec succès un demi-maxillaire inférieur artificiel.

M. SCHRÖDER présente trois patients chez lesquels ses attelles en caoutchouc vulcanisé construites d'après les principes de Claude Martin ont donné un bon résultat.

M. BOCKENHEIMER expose sur deux patients opérés par lui ses méthodes opératoires.

M. WILLIGER présente un cas de carcinome du maxillaire inférieur qu'il a guéri par une désarticulation unilatérale.

M. KÖRNER expose sa méthode de prothèse à pont en cas de résection partielle du maxillaire.

M. PARTSCH recommande de confectionner le condyle en verre en cas de prothèse immédiate pour désarticulation unilatérale.

M. TRAUNER décrit son procédé de prothèse immédiate en cas d'ablation totale du maxillaire inférieur: la pièce se divise en trois parties et est très lourde.

M. KRAUSE explique sa méthode de couvrir les excroissances en cas d'extirpation de tumeurs malignes, lorsqu'elles dépassent 6 à 7 centimètres de haut par un appareil plastique en os ou en tissu mou.

(A suivre.)

EXPOSITION DE BRUXELLES

Paris, le 15 décembre 1909.

MÉDECINE, CHIRURGIE, ART DENTAIRE

Groupe XVII^{b}. — *Classe 16.*

Monsieur et cher confrère,

J'ai l'honneur de vous informer qu'à la demande du docteur Beurnier, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, président du groupe XVII^{b} et de M. Legros, président de la classe 16 à l'Exposition universelle et internationale de Bruxelles 1910, j'ai pris l'initiative d'organiser une exposition groupée de *chirurgiens-dentistes* et une autre de fabricants et fournisseurs de matériel de dentisterie et de produits dentaires. Ces deux expositions groupées se présenteront sous l'aspect d'un cabinet modèle avec tous ses perfectionnements d'installation moderne, tant comme instruments que comme hygiène. (Je veillerai moi-même au bon agencement de cette exposition.)

Dans un stand spacieux et élégant seront exposés des fauteuils, des crachoirs à eau courante, tours de cabinet, meubles à instruments, vitrines à appareils, une bibliothèque. Les murs pourront recevoir des tableaux, des graphiques et des photographies.

Les meubles à instruments et les vitrines seront destinés à l'exposition groupée des instruments créés exclusivement par nos confrères *chirurgiens-dentistes*, ainsi que tous les appareils de prothèse, d'orthodontie, de bridg-work, de restauration bucco-faciale.

La bibliothèque contiendra les ouvrages, publications, revues et brochures traitant de l'odontologie.

Cette organisation d'expositions groupées offre à chacun tous les avantages d'une participation officielle, inscription au catalogue, et avec le minimum de frais, de démarches et de préoccupations.

Les prix fixés à forfait comprennent en effet : la location de l'emplacement, l'agencement, l'installation en vitrine, le transport à l'aller comme au retour, la représentation générale, le gardiennage, etc.

Ils sont fixés comme suit :

En vitrine : Instruments (dimension d'un davier courant), chacun..	20 francs
Un moulage double avec appareils, le premier.........	40 —
Les suivants, chacun..........	20 —
Série de quatre appareils de prothèse, pour les quatre..	30 —
En bibliothèque : Volumes, revues, brochures, publications diverses par volume, chacun..................	10 —

Pour des expositions plus importantes, nous mettons à la disposition de chacun des emplacements en vitrine d'environ 0 m. 30 centimètres de large, sur 0 m. 30 centimètres de profondeur et de 0 m. 30 centimètres de hauteur, au prix de.......................... 50 francs.

Il ne sera accordé par exposant que trois emplacements de ce genre au maximum.

Exposition murale : Pour tableaux graphiques et photographies. Le mètre carré	175 francs
Le demi-mètre	100 —
Exposition sur sol : Fauteuils, crachoirs, vitrines, appareils, tours électriques ou à pied, etc. Le mètre carré	300 —
Le demi-mètre carré	175 —

Pour les objets et appareils, fauteuils, vitrines entrant dans ces deux dernières catégories et dépassant un poids de 100 kilos ou un volume de 1 mètre cube, les prix de transports seront débattus entre l'exposant et l'entrepreneur de la classe, M. Girard (20, rue Saint-Lazare, à Paris) qui, dans les expositions précédentes (Liège, Milan et Londres) a donné au Comité de nombreuses preuves de sa compétence, de son activité et de son esprit d'organisation.

A cause de leur importance dans ces deux dernières catégories, les exposants pourront être considérés comme individuels et recevoir des récompenses individuelles.

Quant aux autres exposants, groupés en vitrines et en bibliothèques, et composant des collectivités, ils recevront une récompense collective proportionnée à l'importance et à la valeur scientifique des travaux exposés. Ils n'auront qu'à faire déposer le ou les volumes, appareils, moulages, pièces de prothèse, etc., soit chez M. Delair, 12, rue Cernuschi, soit chez M. Girard, 20, rue Saint-Lazare, et ce *vers la fin de mars 1910.*

Mais, *dès à présent, et le plus tôt possible,* veuillez adresser la demande d'admission ci-jointe, dûment remplie et signée, ainsi que son duplicata (page 3) en ne tenant compte des indications d'emplacement que dans le cas de demande de surface sur sol ou sur mur. Faire mention du nombre de volumes, moulages, pièces de prothèse.

Je me mets d'ailleurs à votre entière disposition pour vous donner, de la part du Comité, toutes les informations que vous seriez désireux de recevoir.

En vous donnant l'assurance que le Comité s'efforcera de prendre soin de vos intérêts et de vous faire obtenir à Bruxelles une récompense méritée, je vous prie d'agréer l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

LOUIS BEURNIER,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis,
Président du groupe XVII^{B}.

G. LEGROS,
Architecte de l'hôpital Boucicaut,
Président de la classe 16.

LÉON DELAIR,
Ex-président de l'Association générale
des dentistes de France,
Membre des Comités d'admission et
d'installation de la classe 16
à l'Exposition de Bruxelles en 1910,
12, rue Cernuschi, Paris.

NÉCROLOGIE

Nous apprenons la mort, à l'âge de 57 ans, du Dr Brissaud, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux.

NOUVELLES

Soins dentaires scolaires.

Nous apprenons que le Ministre de l'Instruction publique vient d'étendre aux établissements de l'enseignement secondaire (lycées et collèges) les prescriptions de la circulaire du 23 mars 1908 relative à l'inspection et au traitement des dents des élèves des écoles normales primaires et des internats annexés aux écoles primaires supérieures. La mesure s'étend aux internes et aux externes.

Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris.

L'assemblée générale annuelle de la Société a eu lieu le 14 décembre.

Après lecture et approbation des rapports du secrétaire général et du trésorier, ainsi que du projet de budget pour 1909-1910, il a été procédé à l'élection de 10 membres du Conseil de direction.

Sur 120 votants, ont obtenu :

MM. Blatter	108	voix, élu.
Bioux	105	— —
Miégeville	105	— —
G. Villain	105	— —
M. Roy	104	— —
MM. J. d'Argent	103	voix, élu.
G. Robin	100	— —
André	97	— —
M. Renhold	94	— —
Geoffroy	92	— —

Viennent ensuite :

MM. Ferrand	8	voix.
Blavier	8	—
P. Martinier	7	—
Bonnard	6	—
Manteau	6	—
Darcissac	5	—
May	5	—
Pélissier	5	—
Deshogues	5	—
G. Martinier	4	—
Delair	4	—
Lanos	4	—
Lannois	3	—
MM. de Croës	3	voix.
Lemaire	3	—
Morche	2	—
Thomas	2	—
H. Villain	2	—
Hutin	2	—
Moutin	2	—
Machtou	1	—
Cernéa	1	—
Arnold	1	—
Saurain	1	—
Solas	1	—
Girardin	1	—

Enfin l'assemblée a approuvé les modifications à la *Déclaration de principes* et à la *Convention du Groupement* qui lui étaient présentées.

⁂

Le Président de la Société a rendu compte au Conseil de direction, dans la séance du 21 décembre, de la visite qu'il a faite le 14 décembre à la Direction de l'enseignement supérieur du Ministère de l'Instruction publique pour renouveler les protestations du Groupement au sujet du retard dans l'application du décret du 11 janvier 1909, signaler les inconvénients de ce retard et insister pour qu'aucun nouveau délai ne soit apporté à la mise en vigueur de ce décret au mois de novembre prochain.

Le Conseil de direction a approuvé cette démarche.

Association Générale des Dentistes de France.

L'Assemblée générale annuelle de l'Association générale des Dentistes de France se tiendra le dimanche 16 janvier prochain, à 9 heures du matin, au siège social, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

L'ordre du jour est le suivant :

1° Adoption du procès-verbal de l'Assemblée générale du 24 janvier 1909;

2° Correspondance ;

3° Rapport du Secrétaire général ;

4° Rapport du Trésorier ;

5° Rapport de l'Administrateur-gérant du journal ;

6° Projet de révision des statuts ;

7° Election pour le renouvellement partiel du Conseil (Seize membres sortants et un démissionnaire) ;

8° Propositions diverses.

Membres sortants rééligibles. — *Paris :* MM. Francis Jean, G. Fouques, Lalement, J. d'Argent, Delair, Hugot, Jeay, Machtou.

Province : MM. Brodhurst, Rigolet, Dyssli, Duncombe, Thuillier, Duplan, Vichot, Fléty.

Errata.

N° du 15 décembre, p. 538, 1re ligne, au lieu de *liquides buccaux* lire *sécrétions buccales* ; p. 539, 5e alinéa lire : *Mon but est de montrer que ces conditions actuelles résultent de modifications du système organique.*

AVIS

Nous prions nos abonnés dont l'abonnement expire avec le présent numéro de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur abonnement, afin de faciliter l'établissement des listes d'expédition.

INDEX ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

2e semestre 1909.

A

Abcès alvéolaires chroniques (Le curettage alvéolo-radiculaire dans les), p. 130, 368.

Académie libre d'odontologie de Rio-Grande-do-Sul, p. 461.

Actinomycose (Le sulfate de cuivre dans le traitement de l'), p. 61.

Air comprimé dans le cabinet dentaire (Application de l'), p. 184.

Aldéhyde formique associée au tricrésol en thérapeutique dentaire (L'), p. 187, 430.

Allocution de M. Barrié, p. 65.

— — — Claude Martin, p. 89.

— — — Francis Jean, p. 358.

— — — Sebileau, p. 571.

Amalgame ou aurifications (Revêtements d'or ou d'or platine cimentés pour les obturations à l'), p. 483.

Anesthésie au protoxyde d'azote (Mort après), p. 61.

— dentaire par la novocaïne, p. 64.

— pulpaire et dentinaire (Injections de novocaïne-suprarénine), p. 132.

— par voie rectale, p. 343.

— dans les interventions dentaires (Radiographie des maxillaires injectés pour montrer la marche et l'étendue de l'), p. 488.

— de la dentine, de la pulpe dentaire et des maxillaires par les injections distales (L'), p. 490.

Anesthésiques locaux (Sur quelques), p. 488.

Angio-lupoïde de la face (L'), p. 445.

Angiome du maxillaire inférieur, p. 487.

Anomalies dentaires de nombre (Etude des), p. 184.

Antisepsie buccale, p. 347.

Aphte (Traitement de l'), p. 444.

Aphtes par les applications locales de formol (Traitement des), p. 446.

Arcades dentaires (Lois de l'équilibre articulaire des dents et des), p. 317.

Art dentaire (Les métaux coulés en), p. 188.

Articulateur Fieschi, p. 192.

Articulateurs anatomiques, p. 347.

Articulation (Relation des lèvres en prenant l'), p. 348.

— (Prise de l'), p. 348.

Association générale des dentistes de France (V. Table méthodique).

Association française pour l'avancement des sciences (V. Table méthodique).

— des dentistes de l'Est (Lettre de l'), p. 81.

— — chirurgiens-dentistes norvégiens, p. 414.

Aurifications (Revêtements d'or ou d'or platine cimentés pour les obturations à l'amalgame ou les), p. 483.

Aurification à l'or non cohésif (Technique de l'), p. 595, 623.

Avis, p. 98, 634.

B

Bec-de-lièvre médian inférieur, p. 444.

Bord alvéolaire (Ostéome du), p. 625.

Bords gingivaux (Ménagement des), p. 63.

Bouche (Le bicarbonate de soude pour lavage de la), p. 63.

— (Pathologie des dents et de la), p. 411.

Bridges (Etude sur les), p. 293.

— à longue portée et à selles (Notes sur les), p. 529.

C

Calcul du canal de Wharton (Elimination spontanée d'un), p. 446.

Canal de Wharton (Elimination spontanée d'un calcul du), p. 446.

Canaux divergents (Application de la presse Solbrig dans un cas de dent à pivot à tube à), p. 622.

Canines (Déplacement apical des incisives et des), p. 141.

Carie interne avec contribution spéciale à l'intelligence de la sensibilité et de l'hyperesthésie de la dentine et à l'étude des diverses fonctions de la membrane alvéolo-dentaire (Premier cas de), p. 114.

— de 4e degré par la méthode aspiratrice (Traitement de la), p. 340.

— dentaire (Vaste abcès médiastinal provoqué par une), p. 489.

Chambre syndicale, p. 456.

Chirurgie dentaire (Union corporative des étudiants en), p. 97.

Chirurgien-dentiste d'université (Diplôme de), p. 44.

— — (Examens de), p. 364.

— — (Décret relatif aux droits pour le diplôme de), p. 500.

Chirurgiens-dentistes norvégiens (Association des), p 414.

Chloroforme dans l'organisme (Sort du), p. 446.

Chloroformisation par voie intraveineuse, p. 487.

Ciments translucides (Etude chimique des), p. 57.
Cliniques dentaires scolaires, p. 461.
Comité international permanent d'hygiène buccale, p. 406.
Comptabilité dentaire (Nouveau livre de), p. 192.
Condensateur à or, p. 595.
Conférence de M. J. d'Argent, p. 572.
Congrès de Lille (V. Table méthodique).
V° — dentaire international (Berlin), (V. Table méthodique).
— — de Bâle, p. 68.
— d'assistance de Copenhague, p. 96.
— médical latino-américain, p. 364.
— international d'hygiène scolaire, p. 461, 593.
Coulée des pièces métalliques dans des moules où l'on a fait le vide, p. 621.
Couronne (Traitement de la gencive par la chloropercha avant la pose d'une), p. 63.
— à pivot détachable (Ajustage d'une), p. 347.
Curettage alvéolo-radiculaire dans les abcès alvéolaires chroniques, p. 367.

D

D. D. S. (Nouveaux), p. 98.
Davier articulé pour dentistes, p 53.
Décolorants en thérapeutique dentaire (Les), p. 190.
Décret du 11 janvier 1909 (Retard dans l'application du), p. 43.
— — 29 juillet 1909, p. 145.
— relatif aux droits pour le diplôme de chirurgien-dentiste (4 novembre 1909), p. 500.
Démarche en faveur de M. Delair, p. 45.
Dent de sagesse inférieure (Malocclusion post-molaire et pathogénie des accidents de la), p. 438.
— à pivots avec dent à tube sur une prémolaire à canaux divergents (Application de la presse Solbrig dans un cas de), p. 441, 622.
Dentine et à l'étude des diverses fonctions de la membrane alvéolo-dentaire (Premier cas de carie interne avec contribution spéciale à l'intelligence de la sensibilité et de l'hyperesthésie de la), p. 114.
— , de la pulpe dentaire et des maxillaires par les injections distales (L'anesthésie de la), p. 490.
Dentiste municipal (Un), p. 506.
— (Suicide d'un), p. 509.
Dentistes du Rhône et de la région (Assemblée générale des), p. 89.
— de France (Société coopérative des), p. 365.
Dentition chez les syphilitiques héréditaires (Nouvelles observations sur la), p. 511.
Dents abcédées (Extraction des) p. 63.
— temporaires (Evolution des), p. 142.
— — Quel en est le processus physiologique ? (Etude sur la résorption des racines des), p. 153, 213.
— et des arcades dentaires (Lois de l'équilibre articulaire des), p. 317.
— diatoriques en cas d'urgence, p. 348.
— et de la bouche (Pathologie des), p. 411.
— pour vaches (Brosse à), p. 506.
— à l'école (Inspection des), p. 509.
— bien calcifiées et les dents mal calcifiées (Les), p. 532, 617.
Dernière heure, p. 594.
Digue (Réparation de la), p. 64.
Dilatateur du pharynx nasal, système Delair, contre la symphyse palato-pharyngienne (Présentation d'un enfant porteur d'un), p. 12, 67.
Discours de M. Godon, p. 555.
— — — Bienvenu-Martin, p. 564.
Distinctions honorifiques, p. 98, 195, 413, 461.

E

Eau oxygnée (Conservation de l'), p. 63.
Ecole dentaire de Paris (V. Table méthodique).
— — — Harvard, p. 508.
Enseignement dentaire en Espagne, en Portugal et dans l'Amérique latine (L'), p. 45.
— — au Mexique (L'), p. 83.
— supérieur (Commission de l'), p. 304.
Erosion alypique (Un cas d'), p. 123.
Errata, p. 196, 634.
Erratum, p. 97, 365.
Etudes odontologiques et le decret du 11 janvier 1909 (Les), p. 127.
— et des examens dentaires (La réforme des), p. 257, 392.
Evolution dentaire (Entérite et), p. 447.
Examens dentaires (La réforme des études et des), p. 392.
Exposition de Berlin, p. 364, 460.
— — Bruxelles, p. 631.
— d'hygiène de Buenos-Ayres, p. 364.
— de Nancy, p. 414.

F

Fédération dentaire nationale (V. Table méthodique).

— — internationale (V. Table méthodique).
— des médecins de Paris et de la Seine, p. 414.
— odontologique brésilienne, p. 593.
Ferment lactique dans la thérapeutique buccale (Contribution à l'étude des ferments et en particulier du), p. 601.
Foie d'origine chloroformique (Lésions du), p. 448.
Fondation W. D. Miller, p. 98.
Formol (Traitement des aphtes par les applications locales de), p. 446.

G

Grades universitaires et les dispenses (Les), p. 94.
Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale des Dentistes de France (V. Table méthodique).

H

Haussement d'épaules (Un), p. 498.
Homme préhistorique (L'), p. 62.
Hygiène dentaire scolaire dans quelques pays (L'), p. 102.
— — — (Comité central allemand d'), p. 509.
— — à l'usage du public (Traité d'), p. 551.
— — à l'école (L'), p. 476.
— — de Buenos-Ayres (Exposition d'), p. 364.
— — (Section d'), p. 543.
— buccale (Comité international permanent d'), p. 406.
— scolaire (Congrès international d'), p. 461, 593.
Hyperesthésie de la muqueuse buccale, p. 485.

I

Incisives et des canines (Déplacement apical des), p. 141.
Inlays (Recherche de l'humidité dans les investissements pour), p. 348.
Institut dentaire de Berlin, p. 508.
Instruments (Enlèvement de la rouille des), p. 64.
Investissement (Méthode d'), p. 64.
Investissements pour inlays, p. 348.
Irritations gingivo-dentaires (Les répercussions des), p. 296.
Ivoire et de la pulpe chez l'homme (Atlas des lésions anatomo-pathologiques de la pulpe dentaire avec contribution à l'anatomie normale de l'), p. 503.

J

Journal (Nouveau), p. 508.

K

Kystes dentaires, p. 255.

L

Lettre de M. R. de Pereira e Maia, p. 550.
Licence ès sciences (A la), p. 461.
Livres reçus, p. 552.
Lupus des muqueuses, p. 345.

M

Mâchoire (Appareil pour le traitement des fractures de l'angle de la), p. 255.
Mariages, p. 364, 413, 508.
Malpositions maxillaires verticales (Contribution à l'étude des), p. 197, 201.
Mariages, p. 47, 96.
Maxillaire inférieur (Traitement du prognathisme du), p. 129.
— — (Traitement mécanique des fractures du), p. 139.
— — (Prothèse restauratrice du), p. 193.
— — (Angiome du), p. 489.
— — chez le jeune enfant (Trois cas d'ostéite du), p. 491.
Maxillaires et en général de toutes les parties du corps humain (Essai de classification des anomalies, irrégularités, vices de conformation des dents, des arcades dentaires, des), p. 49, 67.
— injectés pour montrer la marche et l'étendue de l'anesthésie dans les (Radiographie des), p. 488.
— par les injections distales (L'anesthésie de la dentine, de la pulpe dentaire et des), p. 490.
Médailles à MM. Sebileau, Levett et Baelen (Remise de), p. 569.
Médecine dentaire en Allemagne (Etat actuel de la), p. 327.
Membrane alvéolo-dentaire (Premier cas de carie interne avec contribution spéciale à l'intelligence de la sensibilité et de l'hyperesthésie de la dentine et à l'étude des diverses fonctions de la), p. 114.
Métaux (Appareil utilisant le vide pour la coulée des), p. 295.
Monument Horace Wells, p. 80, 592.
Moufle et levier-clef, p. 193.
Muqueuse buccale (Hyperesthésie de la), p. 485.
Mutualité médicale (La), p. 260.

N

Nécrologie (V. Table méthodique).
Névralgie du trijumeau d'origine dentaire, p. 447.
— faciale par l'alcoolisation locale, p. 448.

Novocaïne (Anesthésie dentaire par la), p. 64.

— adrénaline (Le point d'élection des injections de), p. 133.

— — (Emploi de la), p. 177.

O

Obturations à l'amalgame ou les aurifications (Revêtements d'or ou d'or platine cimentés pour les), p. 483.

Odontalgie, p. 507.

Odontologie (Section d'), p. 118.

Or ou or platine cimentés pour les obturations à l'amalgame ou les aurifications (Revêtements d'), p. 483.

— non cohésif (Technique de l'aurification à l'), p. 595, 623.

Orthopédie dentaire (Rapport sur l'unification de la terminologie et des diverses classifications en), p. 135.

Orthodontie spontanée (Un cas d'), p. 99, 137.

Os incisif (Nécrose de l'), p. 19.

Ostéite du maxillaire inférieur chez le jeune enfant (Trois cas d'), p. 491.

Ostéome du bord alvéolaire, p. 625.

P

Palmarès, p. 587.

Phénols chlorés et bromés en thérapeutique dentaire (Emploi des), p. 252.

Pharynx avec prothèse immédiate (Atrésie cicatricielle du), p. 5, 67.

— nasal, système Delair, contre la symphyse palato-pharyngienne (Présentation d'un enfant porteur d'un dilatateur du), p. 12.

Prothèse immédiate (Atrésie cicatricielle du pharynx avec), p. 5, 67.

— pour symphyse palato-pharyngienne, p. 194.

— (Considérations sur l'application du stage de), p. 124.

— restauratrice du maxillaire inférieur, p. 193.

Presse Solbrig dans un cas de dent à pivots avec dents à tube sur une prémolaire à canaux divergents (Application de la), p. 441, 622.

Produits pharmaceutiques de la Compagnie parisienne des couleurs d'aniline (Essais, indications, doses et), p. 458).

Prothèse restauratrice (Malade porteur d'un appareil pliant de), p. 622.

Pulpe dentaire et des maxillaires par les injections distales (L'anesthésie de la dentine, de la), p. 490.

— — avec contribution à l'anatomie normale de l'ivoire et de la pulpe chez l'homme (Atlas des lésions anatomo-pathologiques de la), p. 503.

Pyorrhée alvéolaire (Immobilisation dans les cas avancés de), p. 416.

R

Racines des dents temporaires. Quel en est le processus physiologique ? (Etude sur la résorption des), p. 153, 213.

Rapport (Dépôt de), p. 594.

Réception à l'Ecole dentaire de Paris, p. 47.

Redressement à poste fixe (Modifications aux appareils de), p. 138, 463.

— (Un cas de), p. 192.

Règlement suranné (Un), p. 509.

S

Salive acide anormale, p. 344.

Séance annuelle de réouverture des cours et de distribution des récompenses (Trentième), p 553.

Sérums et l'immunité. Considérations générales sur la défense buccale (Les), p. 67.

Services dentaires dans l'armée (Les), p. 593.

Sinus maxillaire (Les suppurations du), p. 22.

— — (Les fistules du), p. 121.

Société dentaire mexicaine, p. 105.

— coopérative des dentistes de France, p. 365.

Soins dentaires dans les écoles allemandes en 1909, p. 338.

— — scolaires, p. 633.

Souvenir au Dr Claude Martin, p. 414.

T

Thérapeutique dentaire (Emploi des phénols chlorés et bromés en), p. 252.

— — (Aldéhyde formique associée au tricrésol en), p. 187, 430.

— buccale (Contribution à l'étude des ferments et en particulier du ferment lactique dans la), p. 601.

Trachée (Corps étranger dans la), p. 62.

Tricrésol en thérapeutique dentaire (Aldéhyde formique associée au), p. 187, 430.

Trijumeau d'origine dentaire (Névralgie du), p. 447.

Tubage laryngé, p. 343.

V

Vaccination de Wright contre les maladies bactériennes (La), p. 61.

TABLE MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Congrès de Lille, p. 31, 79, 117, 184, 252, 293.
Divers, p. 146.
Section d'odontologie, p. 118

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

Assemblée générale, p. 634.
Conseil de direction, p. 460.

BULLETIN

V^{e} Congrès dentaire international (Le), p. 147.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Assemblée générale des dentistes du Rhône et de la région, p. 89.
Diplome de chirurgien-dentiste d'Université, p. 44.
Enseignement dentaire en Espagne, en Portugal et dans l'Amérique latine (L'), p. 46.
— — au Mexique (L'), p. 83.
Grades universitaires et les dispenses (Les), p. 94.
Haussement d'épaules (Un), p. 498.
Lettre de l'Association des dentistes de l'Est, p. 81.
Monument Horace Wells, p. 80.
Retard dans l'application du décret du 11 janvier 1909, p. 43.

CONGRÈS DE LILLE

Divers, p. 31, 79, 117, 184, 252, 293.
Aldéhyde formique, associée au tricrésol en thérapeutique dentaire (L), p. 187.
Appareil pour le traitement des fractures de l'angle de la mâchoire, p. 255.
— utilisant le vide pour la coulée des métaux, p. 295.
Application de l'air comprimé dans le cabinet dentaire, p. 184.
Articulateur de Fieschi, p. 192.
Cas d'orthodontie spontanée (Un), p. 99, 137.
— d'érosion atypique (Un), p. 123.
— de redressement (Un), p. 192.
Contribution à l'étude des anomalies dentaires de nombre. — La théorie de Warynski et l'évolution des incisives latérales supérieures, p. 185.
Curettage alvéolo-radiculaire dans les abcès alvéolaires chroniques, p. 130.
Considérations sur l'application du stage de prothèse, p. 124.
— — le point d'élection des injections de novocaïne-adrénaline, p. 133.
Décolorants en thérapeutique dentaire : l'iode et l'hypochlorite de chaux (Les), p. 192.
Déplacement apical antérieur des incisives et des canines, p. 141.
Emploi des phénols chlorés et bromés en thérapeutique dentaire, p. 252.
Etude sur les bridges, p. 293.
Etudes odontologiques et le décret du 11 janvier 1909 (Les), p. 127.
Fistules du sinus maxillaire (Les), p. 121.
Injections de novocaïne-suprarénine en vue de l'anesthésie pulpaire et dentinaire, p. 134.
Kystes dentaires, p. 255.
Métaux coulés en art dentaire (Les), p. 188.
Modifications aux appareils de redressement à poste fixe, p. 138.
Mouflé et levier-clef, p. 193.
Nécrose de l'os incisif, p. 191.
Nouveau livre de comptabilité, p. 192.
Prothèse immédiate pour symphyse palato-pharyngienne, p. 193.
— restauratrice du maxillaire inférieur, p. 192.
Réforme des études dentaires (La), p. 257.
Répercussions des irritations gingivo-dentaires (Les), p. 296.
Séance commune des sections d'anthropologie et d'odontologie, p. 297.
Traitement du prognathisme du maxillaire inférieur, p. 129.
— mécanique des fractures du maxillaire inférieur, p. 139.
Unification de la terminologie et des classifications en orthopédie dentaire, p. 135.
Vœux émis par la section d'odontologie, p. 301.

DERNIÈRE HEURE

Exposition de Bruxelles, p. 594.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Allocution de M. Sebileau, p. 571.
Assemblée générale annuelle, p. 510, 634.
Conférence de M. J. d'Argent. p. 572.
Discours de M. Godon, p. 555.
— — — Bienvenu-Martin, p. 564.
Nominations, p. 413.
Palmarès, p. 587.
Réception à l'Ecole dentaire de Paris, p. 47.
Remise de médailles à MM. Sebileau, Levett et Baelen, p. 569.
Séance annuelle de réouverture des cours et de distribution des récompenses (Trentième), p. 460, 510, 553.

ENSEIGNEMENT

Commission de l'enseignement supérieur, p. 304.

EXPOSITION DE BRUXELLES

Circulaire de la classe 16, p. 631.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

Session de Berlin, p. 79.

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE (F. D. N.)

Allocution de M. Francis Jean, p. 358.
Réunion du 21 mai 1909, p. 34.
Séance du 30 août 1909, p. 362.

GROUPEMENT DE L'E.D.P. ET DE L'A. G. D. F.

Démarche en faveur de M. Delair, p. 45.
Divers, p. 98.
Membres admis, p. 462.

HYGIÈNE

Comité international permanent d'hygiène buccale, p. 400.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Chambre syndicale, p. 456.
Décret du 29 juillet 1909.
Décret relatif aux droits pour le diplôme de chirurgien-dentiste, p. 300.
Lettre de M. R. de Pereira e Maia, p. 550.

LIVRES ET REVUES

Atlas des lésions anatomo-pathologiques de la pulpe dentaire avec contribution à l'anatomie normale de l'ivoire et de la pulpe chez l'homme, p. 550.
Essais, indications et doses des produits pharmaceutiques de la Cie parisienne des couleurs d'aniline de Creil, p. 458.
Livres reçus, p. 552.
Pathologie des dents et de la bouche, p. 411.
Traité d'hygiène dentaire à l'usage du public, p. 551.

NÉCROLOGIE

Divers, p. 47, 146, 195, 400, 508, 591, 633.

NOTES PRATIQUES

Ajustage d'une couronne à pont détachable.
Anesthésie dentaire par la « novocaïne », p. 64.
Antisepsie buccale, p. 347.
Articulateurs anatomiques, p. 347.
Bicarbonate de soude pour lavage de la bouche (Le), p. 63.
Conservation de l'eau oxygénée, p. 63.
Dents diatoriques en cas d'urgence, p. 348.
Enlèvement de la rouille des instruments, p. 64.
Extraction des dents abcédées, p. 63.
Ménagement des bords gingivaux, p. 63.
Matière d'investissement, p. 64.
Prise de l'articulation, p. 348.
Recherche de l'humidité dans les investissements pour inlays, p. 348.
Relation des lèvres en prenant l'articulation, p. 348.
Réparation de la digue, p. 64.
Traitement de la gencive par la chloropercha avant la pose d'une couronne, p. 63.

NOUVELLES

Académie libre d'odontologie de Rio-Grande-do-Sul, p. 401.
Association des chirurgiens-dentistes norvégiens, p. 414.
Avis, p. 98, 634.
Cliniques dentaires scolaires, p. 461.
Comité central allemand d'hygiène dentaire scolaire, p. 509.

CONGRÈS d'Assistance de Copenhague, p. 96
CONGRÈS médical latino-américain, p. 364.
— international d'hygiène scolaire, p. 461, 593.
DÉPÔT de rapports, p. 594.
DISTINCTIONS honorifiques, p. 98, 195, 413, 461.
ECOLE dentaire de Harvard, p. 508.
ERRATA, p. 196, 634.
ERRATUM, p. 97, 365.
EXAMEN de chirurgien-dentiste, p. 364.
EXPOSITION de Berlin, p. 364. 460.
— d'hygiène de Buenos-Ayres, p. 364.
— de Nancy, p. 414.
FÉDÉRATION des médecins de Paris et de la Seine, p. 414.
— odontologique brésilienne, p. 593.
FONDATION W. D. Miller, p. 98.
INSPECTION des dents à l'école, p. 509.
INSTITUT dentaire de Berlin, p. 508.
LICENCE ès sciences (A la), p. 461.
MARIAGES, p. 47, 96, 364, 413, 508.
MONUMENT Brouardel, p. 96.
— Horace Wells, p. 80, 592.
MUTUALITÉ française (La), p. 260.
NOUVEAU journal, p. 508.
NOUVEAUX D. D. S., p. 98.
RÈGLEMENT suranné (Un), p. 509.
SERVICES dentaires dans l'armée (Les), p. 592.
SOCIÉTÉ dentaire mexicaine, p. 195.
— coopérative des dentistes de France, p. 365.
SOINS dentaires scolaires, p. 633.
SOUVENIR au Dr Claude Martin, p. 414.
SUICIDE d'un dentiste, p. 509.
UNION corporative des étudiants en chirurgie dentaire, p. 97.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS de Lille, p. 31, 79, 117, 184. 252, 293 (V. aussi Table méthodique).
SECTION d'odontologie, p. 118.
CONGRÈS dentaire de Bâle, p. 68.
Ve CONGRÈS dentaire international, p. 37, 75, 144, 147, 239, 282, 349, 401, 450, 543, 626.
I. Fédération dentaire internationale, p. 239.
II. Séance d'ouverture, p. 282, 349.
III. Les assemblées générales (1re assemblée générale), p. 401.
Deuxième assemblée générale, p. 450.
IV. Travaux des sections, p. 492, 543.
  1° Section d'hygiène dentaire, p. 492, 543.
  2° Section de chirurgie de la bouche et de prothèse restauratrice, p. 626.

REVUE ANALYTIQUE

ANESTHÉSIE de la dentine, de la pulpe dentaire et des maxillaires par les injections distales, p. 496.
ANGIOME du maxillaire inférieur, p. 489.
ANGIO-lupoïde de la face, p. 445.
BEC-DE-LIÈVRE médian inférieur, p. 444.
CAS de lupus des muqueuses, p. 345.
CHLOROFORMISATION par voie intraveineuse (Sur la), p. 487.
CONTRIBUTION à l'étude des lésions du foie d'origine chloroformique, p. 448.
CORPS étranger dans la trachée, p. 62.
ELIMINATION spontanée d'un calcul du canal de Wharton, p. 446.
ENTÉRITE et évolution dentaire, p. 447.
HOMME préhistorique (L'), p. 62.
MORT après anesthésie au protoxyde d'azote, p. 61.
NÉVRALGIE du trijumeau d'origine dentaire, p. 447.
NOUVEAUX anesthésiques locaux (Sur quelques), p. 488.
OSTÉITE du maxillaire inférieur chez le jeune enfant (Trois cas d'), p. 491.
PROCÉDÉS de narcose. Tubage laryngé. Anesthésie par voie rectale, p. 343.
RADIOGRAPHIE de maxillaires injectés pour montrer la marche et l'étendue de l'anesthésie dans les interventions dentaires, p. 488.
SALIVE acide normale, p. 344.
SORT du chloroforme dans l'organisme, p. 446.
SULFATE de cuivre dans le traitement de l'actinomycose (Le), p. 61.
TRAITEMENT de l'aphte, p. 444.
— — la névralgie faciale par l'alcoolisation locale, p. 448.
TRAITEMENT des aphtes par les applications locales de formol, p. 446.
VACCINATION de Wright contre les maladies bactériennes (La), p. 61.
VASTE abcès médiastinal provoqué par une carie dentaire, p. 489.

REVUE DES REVUES

ETUDE chimique des ciments translucides, p. 57.
DENTS bien calcifiées et les dents mal calcifiées (Les), p. 537, 617.
HYPERESTHÉSIE de la muqueuse buccale, p. 485.
PREMIER cas de carie interne avec contribution spéciale à l'intelligence de la sensibilité et de l'hyperesthésie de la dentine et à l'étude des diverses fonctions de la membrane alvéolo-dentaire, p. 114.
REVÊTEMENTS d'or ou d'or platine ci-

mentés pour les obturations à l'amalgame ou les aurifications, p. 483.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la carie de 4e degré par la méthode aspiratrice, p. 340.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

Société d'Odontologie de Paris.

Séance du 24 mai 1909, p. 65.
I. Allocution de M. Barrié, p. 65.
II. Opération pour atrésie cicatricielle du pharynx, p. 67.
III. Présentation d'un enfant porteur d'un dilatateur du pharynx nasal, système Delair, contre la symphyse palato-pharyngienne, p. 67.
IV. Essai de détermination des anomalies, vices de conformation des dents des arcades dentaires, etc., p. 67.
V. Les sérums et l'immunité. Considérations générales sur la défense buccale, p. 67.
Séance du 6 juillet 1909, p. 621.
I. Coulée des pièces métalliques dans les moules où l'on a fait le vide, p. 621.
Discussion.
M. Barrié, p. 621.
II. Malade porteur d'un appareil pliant de prothèse restauratrice, p. 622.
III. Application de la presse Solbrig dans un cas de dent à pivot à tube sur une prémolaire à canaux divergents, p. 622.
Discussion.
MM. Bruschera, p. 623.
Morineau, p. 623.
Villain, p. 623.
IV. Technique de l'aurification à l'or non cohésif, p. 624.
V. Ostéome du bord alvéolaire, p. 625.
Discussion.
MM. Roy, p. 624.
Morineau, p. 624.

TRAVAUX ORIGINAUX

Aldéhyde formique associée au tricrésol en thérapeutique dentaire, p. 430.
Application de la presse Solbrig dans un cas de dent à pivots avec dent à tube sur une prémolaire à canaux divergents, p. 441.
Atrésie cicatricielle du pharynx avec prothèse immédiate, p. 6.
Cas d'orthodontie spontanée (Un), p. 99.
Considérations sur l'emploi de la novocaïne-adrénaline, p. 177.
Contribution à l'étude des malpositions maxillaires verticales, p. 197, 261.
— — — — ferments et en particulier du ferment lactique dans la thérapeutique buccale, p. 601.
Curettage alvéolo-radiculaire dans les abcès alvéolaires chroniques, p. 367.
Davier articulé pour dentistes, p. 53.
Essai de classification des anomalies, irrégularités, vices de conformation des dents, des arcades dentaires, des maxillaires et en général de toutes les parties du corps humain, p. 49.
Etat actuel de la médecine dentaire en Allemagne, p. 327.
Etude sur la résorption des racines des dents temporaires. Quel en est le processus physiologique? p. 153, 213.
Hygiène dentaire scolaire dans quelques pays (L'), p. 102.
— — à l'école (L'), p. 476.
Immobilisation dans les cas avancés de pyorrhée alvéolaire, p. 415.
Lois de l'équilibre articulaire des dents et des arcades dentaires, p. 317.
Malocclusion post-molaire et pathogénie des accidents de la dent de sagesse inférieure, p. 438.
Modification aux appareils de redressement à poste fixe, p. 463.
Notes sur les bridges à longue portée et à selles (Quelques), p. 529.
Nouvelles observations sur la dentition chez les syphilitiques héréditaires, p. 511.
Présentation d'un enfant porteur d'un dilatateur du pharynx nasal, système Delair, contre la symphyse palato-pharyngienne, p. 12.
Réforme des études et des examens dentaires en France (La), p. 392.
Soins dentaires dans les écoles allemandes en 1909, p. 338.
Suppurations du sinus maxillaire, p. 22.
Technique de l'aurification à l'or non cohésif. Condensateur à or, p. 595.

VARIA

Brosses à dents pour vaches, p. 506
Dentiste municipal (Un), p. 506.
Odontalgie, p. 507.

NOMS D'AUTEURS [1]

Amoedo (Dr), p. 83.
André, p. 430.
Arnald, p. 81.
Audy (Dr), p. 430.
Barden, p. 302.
Barrié, p. 65.
Barrié, p. 621.
Bernard, p. 53.
Blatter, p. 34.
Bruschera, p. 441.
Bruschera, p. 623.
Cavallaro (Dr), p. 511.
Choquet (J.), p. 153, 213.
Coraini (Dr), p. 114.
D'Argent (J.), p. 572.
Darcissac, p. 537, 617.
Delair, p. 12, 67, 631.
Dreyfus (Dr), p. 67, 117, 411, 551, 621.
Filderman (M. et Mme), p. 340.
Francis Jean, p. 37, 45, 75, 99, 358, 463.
Frey (Dr), p. 22, 67, 197, 261, 503, 601.
Godon (Dr), p. 304, 317, 392, 498, 555, 569.
Huet, p. 49, 67.
Jessen (Prof.), p. 476.
Kientopf, p. 338.
Koenig (Dr C. J.), p. 5, 67.
Lalement, p. 456.
Lemerle (G.), p. 22.
Lemière (Dr R.), p. 177.
Martin (Dr Claude), p. 80.
Martin (Bienvenu), p. 564.
Masson (H.), p. 529.
Mendel-Joseph, p. 438.
Morineau, p. 595.
Morineau, p. 623, 624.
Nevrézé (Dr de), p. 197, 261, 601.
Pailliottin, p. 118, 184, 252, 293.
Parreidt, p. 327.
Pereira e Maia (R. de), p. 550.
Quincerot, p. 80.
Roy (Dr Maurice), p. 148, 367.
Roy (Dr M.), p. 624.
Sebileau, p. 571.
Siffre (Dr), p. 31.
Sommer (Mlle), p. 102.
Thiersch, p. 415.
Thioly-Regard, p. 68.
Vanel (Dr), p. 444, 487.
Villain (G.), p. 239, 282, 349, 401, 450, 492, 543, 626.
Villain, p. 623.

---

[1] Les noms en italiques indiquent les orateurs qui ont pris part aux discussions.

GROUPEMENT

DE

L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

et de l'Association générale des Dentistes de France.

CHAMBRE SYNDICALE

Nous rappelons à messieurs les opérateurs et mécaniciens s'adressant à nous que leur demande doit être envoyée par lettre au président de la Chambre syndicale, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

Ne pas oublier de stipuler les conditions : appointements pour Paris, Province, Etranger, capacités, spécialité, diplômes, âge, et toutes autres indications qu'ils jugeront utiles de nous donner dans leur intérêt. Faute de quoi il est difficile de les mettre en rapport avec des confrères qui tous nous précisent leurs conditions.

AVIS

La Chambre syndicale ne peut tenir aucun compte des plaintes anonymes contre ceux qui exercent illégalement l'art dentaire.

Toute plainte contre un membre de la Société faisant de la réclame doit être adressée au président de l'Association et signée.

OFFRES ET DEMANDES

Réservées aux Membres du Groupement.

N° 364. — On demande pour la province (Est) un mécanicien connaissant un peu la dentisterie opératoire.

N° 366. — On demande pour Paris un opérateur sérieux et capable.

N° 385. — Opérateur demande place à Paris pour l'après-midi.

N° 387. — Opérateur D. E. D. P. demande place.

Nota. — Adresser les demandes par écrit à la *Chambre syndicale*, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, ou à *M. Delair*, président, 12, rue Cernuschi.

Prière aux Membres qui ont reçu satisfaction d'en aviser le Président.

BULLETIN

DE

L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

RÉSUMÉ DES PROCÈS-VERBAUX DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Séance du 23 janvier 1909.

Présidence de M. Francis Jean.

La séance est ouverte 9 h. 1/4.

Sont présents : MM. Blatter, Claser, d'Argent, Delair, Dyssli, Fléty, Fouques, Godon, Hugot, Lalement, Richer, Rigolet, Roy, Thuillier, Viau.

Le secrétaire général donne lecture du procès-verbal de la séance du 30 octobre 1908, qui est adopté sous réserve d'une observation de *M. Rigolet.*

Il fait part des excuses de MM. Vichot (Angers), Duplan (La Rochelle) et Debray (Saint-Germain).

Il donne lecture du rapport qu'il présentera à l'assemblée générale et qui conclut à la nomination de M. Nanche, d'Annecy, comme membre honoraire avec service gratuit de *L'Odontologie.*

Ce rapport est mis aux voix et adopté.

Le trésorier, M. Viau, donne lecture de son rapport et présente le bilan au 30 septembre, ainsi que la liste des obligations de la caisse de prévoyance évaluées au cours de la Bourse du 30 septembre 1908.

Le rapport du trésorier est mis aux voix et adopté.

Le président demande au Conseil de remercier M. Viau de son rapport. *Adopté.*

M. Lalement donne lecture de son rapport sur la Chambre syndicale.

M. Dyssli propose des félicitations à MM. Delair et Lalement, qui sont votées à l'unanimité.

M. Blatter donne lecture de son rapport sur la situation financière de *L'Odontologie.*

Le président dit que la publication du numéro exceptionnel est un événement dans l'Association et montre que la promesse faite a été tenue en ce qui concerne les améliorations matérielles. Il propose des remerciements pour M. Roy. *Adopté.*

M. Fouques dépose l'ordre du jour suivant qui est mis aux voix et adopté à l'unanimité moins une voix :

« Le Conseil d'administration approuve la direction actuelle de
» *L'Odontologie* tant dans sa partie scientifique que dans sa partie de
» défense professionnelle, témoigne sa confiance au directeur, l'engage
» à persévérer dans sa résolution de défendre les institutions de l'Asso-
» ciation, le félicite de son numéro exceptionnel et passe à l'ordre du
» jour. »

Des félicitations sont adressées à M. Blatter pour sa gestion.

Le président présente une demande d'admission dans l'Association formée par M Lassus ; il annonce la démission de MM. Buscail et Bouchard.

La démission de M. Balouzet est renvoyée au Conseil de famille.

Le président ajoute que les admissions prononcées par le Conseil de l'Ecole depuis la réunion du Conseil de l'Association du 31 octobre ont été examinées d'abord par le Conseil de famille mixte (ce sont celles de MM. Deniau, Rancillac, Sommer, Schilliger, Denêchaud, Pujol, Fournier, Vieilleville) et que les demandes d'admission de MM. Cardi, Dubouchet, Guérin, Potel et Chavenat sont affichées actuellement.

Le président annonce que les membres seront appelés à échanger leurs vues, le lendemain, sur l'application du décret du 12 janvier. De plus, au cours de la réunion des bureaux, il a été fait une proposition touchant les services dentaires dans l'armée et nommé une commission.

La modification des statuts est à l'étude ; après examen de ceux de l'Ecole et de ceux de l'Association on a été d'avis d'attribuer à chacune ce qui lui revenait.

Le président termine en disant que le nouveau Bureau a l'intention de proposer le lendemain à l'assemblée générale de nommer M. Claser membre honoraire du Conseil en raison des services rendus par lui. Il est déjà président honoraire, mais les statuts ne mentionnent pas ce titre et n'y attachent par suite, aucun droit ; au contraire, d'après l'article 9, le membre honoraire a tous les droits et paye sa cotisation facultativement.

Le Conseil approuve la proposition.

M. Claser remercie.

Il est décidé de ne pas accepter pour le scrutin du lendemain les enveloppes sans signature.

La séance est levée à 11 h. 3/4.

Le secrétaire général,
FOUQUES.

Séance du 20 février 1909.

Présidences successives de MM. Francis Jean, président, Cecconi, doyen d'âge, et Francis Jean, président.

La séance est ouverte à 8 h. 3/4.

Sont présents : MM. Audy père, Blatter, Drain, J. d'Argent, Dreyfus, Delair, Fouques, Godon, Lalement (Paris), L. Lemerle, Monnin, Machtou, Rollin, Roy, G. Viau.

Le secrétaire général donne lecture du procès-verbal de la séance du Conseil du 23 janvier, qui est adopté.

Il fait part des excuses de MM. Bouvet, Fléty, Duplan, Lalement (Nevers), Brodhurst, Hugot, Thuillier, Vichot (Angers).

Il donne également lecture des décisions du Bureau du 10 février 1909, qui sont ratifiées.

Il est procédé à l'élection de membres :

1° Du Conseil de famille mixte, qui comprend trois membres du Conseil de l'Association et trois membres du Conseil de l'Ecole : MM. *Dreyfus*, *Lalement*, *L. Lemerle* sont élus ;

2° De la Chambre syndicale : MM. *Delair*, *Lalement*, *Machtou*, *Roy*, *Rollin* sont élus ;

3° Du Comité d'administration de la Caisse de prévoyance : MM. *Cecconi*, *Debray*, *Jeay*, *Lalement*, *G. Viau*, sont élus.

Il est procédé à l'élection du Bureau. Sont élus :

Président :	MM. Francis Jean.
Vice-présidents :	Rollin, Monnin (Le Mans).
Secrétaire général :	Fouques.
Secrétaire-adjoint :	Lalement (Paris).
Trésorier :	G. Viau.

M. Cecconi cède la présidence à M. Francis Jean.

M. Francis Jean déclare qu'il est très touché et très reconnaissant de l'unanimité des suffrages qu'il a obtenue. Il promet de faire tous ses efforts pour assurer l'union et la prospérité de l'Association.

Il recommande à ses collègues de s'efforcer d'amener des adhérents à l'Association.

Il fait connaître que les trois bureaux : Ecole, Association, Société d'Odontologie, ont examiné le projet d'une fête, devant avoir lieu le 3 avril (banquet, soirée, séance de démonstrations pratiques) pour célébrer le trentième anniversaire de la fondation de l'Association. Il propose, en conséquence, la nomination d'une Commission des fêtes de 5 membres (adopté).

MM. Dreyfus, Fouques, Lalement, Machtou, Rollin sont nommés membres de cette Commission.

La démission de M. Château, de Grenoble, est acceptée.

Le président annonce que, conformément à la décision du Bureau, il a adressé des félicitations au ministre de l'Instruction publique pour la signature du décret des réformes.

Il donne lecture d'une lettre par laquelle M. Lannois fait connaître que le « Cercle Odontologique » l'a désigné pour s'associer aux démarches à faire pour la croix de M. Delair.

M. Delair rappelle qu'à l'assemblée générale du 24 janvier, quelques membres ont paru mettre en doute la sincérité de la Chambre syndicale dans ses poursuites contre certains confrères. Il communique à cet égard une lettre d'un avoué de Bourges faisant connaître que le Parquet a abandonné toute action contre M. X..., parce que le fait est couvert par la prescription. Il demande l'insertion de cette communication au procès-verbal.

M. Delair ajoute qu'il a reçu d'un huissier, M. Marécat, confirmation de la comparution prochaine de M. Y. devant le Tribunal.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le secrétaire général,
Fouques.

Séance du 15 mai 1909.

Présidence de M. FRANCIS JEAN, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Sont présents : MM. Blatter, Delair, Drain, Dreyfus, Fouques, Godon, Hugot, Lalement, Machtou, Rollin, Roy, G. Viau.

Le *secrétaire général* donne lecture :

1° Du procès-verbal du Conseil du 20 février 1909, qui est adopté, puis des décisions du bureau des 3 et 10 mai, qui sont ratifiées ;

2° D'une lettre par laquelle M. E. Sauvez se démet de ses fonctions de conseiller ;

3° D'une lettre par laquelle M. Fouitch, aide-major dans l'armée russe, demande des renseignements pour entrer dans la Société (Renvoi au Conseil de famille) ;

4° D'une lettre par laquelle l'Union corporative des étudiants en chirurgie dentaire demande une subvention.

Après un échange d'observations et des renseignements fournis par MM. Blatter et Godon, une somme de 100 francs est votée.

Le président rend compte de la démarche qu'il a faite avec M. G. Viau auprès de M. Sauvez pour le prier de reprendre sa démission.

M. Viau ajoute que M. Sauvez a assuré l'Association de ses bons sentiments, de son dévouement et, au besoin, de son concours pécuniaire, mais a maintenu sa démission de conseiller.

La démission de M. Sauvez est mise aux voix et acceptée.

M. Lalement donne lecture du rapport du Conseil de famille, concluant à la radiation de M. Manteau, pour attaques et hostilité systématique contre la société.

Les conclusions sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité, et la lettre adressée à M. Manteau sera la suivante :

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous notifier la décision prise par le Conseil de l'Association générale des dentistes de France dans sa séance du 15 mai courant :

« Sur le rapport du Conseil de famille et conformément à l'article 17 » des statuts, M. Manteau est radié de la liste des membres de l'Asso- » ciation générale des dentistes de France. »

Agréez, Monsieur, mes salutations confraternelles.

Le secrétaire général de l'A. G. D. F.
FOUQUES.

Le président fait connaître que le Conseil de direction se transforme en Chambre syndicale, en vertu de l'article 31 des statuts.

M. Lalement donne lecture, au nom de la Chambre syndicale d'un rapport sur le procès intenté par celle-ci, sur la plainte d'un sociétaire à deux praticiens de Bourges pour exercice illégal de l'art dentaire, rapport dont copie est ci-jointe.

M. Delair donne lecture d'une lettre qu'il a reçue de Me Ducuing à cet égard.

M. Godon fait connaître que les conclusions de Me Ducuing portent que la Chambre syndicale n'est qu'une Commission nommée par le Conseil de direction, au même titre que les autres Commissions, et n'a pas d'existence légale et que l'action judiciaire ne peut être intentée réglementairement que par le trésorier.

M. Delair donne lecture des conclusions rectificatives de Me Ducuing.

Le président fait connaître que le bureau a nommé une commission de trois membres : MM. Blatter, Delair, Godon, pour aller trouver Me Ducuing.

Il donne lecture des conclusions rédigées par celui-ci, qu'il propose d'approuver.

Ces conclusions sont mises aux voix et approuvées.

M. Fouques demande que le Conseil décide que le président déposera les statuts chaque année. La proposition est adoptée.

M. Godon communique les récépissés délivrés par la préfecture à la suite des deux dépôts précités, et propose qu'ils soient envoyés à l'avoué, à Bourges, dans une lettre dont il donne lecture (adopté). Il ajoute que la Chambre syndicale a toujours fonctionné ainsi, mais qu'elle n'a jamais poursuivi, et quand elle poursuit, ce doit être au nom du trésorier.

M. Delair rappelle que le Conseil de direction a donné, le 31 octobre 1908, pleins pouvoirs à la Chambre syndicale d'intenter des poursuites. Il expose les difficultés qui se présentent, si ce n'est pas la Chambre syndicale qui a qualité pour poursuivre. Il demande donc que les pouvoirs de celle-ci soient augmentés. Il ajoute qu'on pourrait donner la présidence de cette Chambre au vice-président de l'Association.

M. Roy demande que le président de la Chambre syndicale ait, sur avis du bureau, le droit de poursuivre en justice (renvoyé à la Commission de révision des statuts).

Les conclusions rectificatives sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité.

Le bureau est autorisé à faire des poursuites pour toutes les affaires en cours.

Pour le procès de Bourges le Conseil décide que la Chambre syndicale continuera l'action, la procédure étant faite au nom du trésorier.

M. Delair donne lecture d'une lettre par laquelle M. Bourdeau, chirurgien-dentiste à Bourges, remercie, au nom de ses confrères des poursuites intentées.

Le secrétaire général dépose l'ordre du jour suivant :

« Le Conseil de direction de l'Association générale des dentistes de France, mis au courant dans sa séance du 15 mai 1909, de l'intervention injustifiée du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France dans un procès en cours pour exercice illégal, dénonce à la profession ce procédé blâmable, contraire aux intérêts généraux de celle-ci, et passe à l'ordre du jour. »

Cet ordre du jour est mis aux voix et adopté. Il est décidé qu'il sera publié dans *L'Odontologie* avec un court exposé.

Le président rappelle que la F. D. N. a besoin du concours financier de l'Association et des autres sociétés adhérentes pour pouvoir faire face à ses dépenses.

M. Delair propose de lui voter une subvention de 250 francs (adopté).

MM. Roy, Delair, Francis Jean, d'Argent et Drain sont délégués par l'Association à l'A. F. A. S.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le secrétaire général,
FOUQUES.

Séance du 17 juillet 1909.

Présidence de M. FRANCIS JEAN, président.

Il est donné lecture du procès-verbal de la séance du 15 mai 1909, qui est adopté.

Il est décidé que le président et un vice-président représenteront l'Association à l'inauguration du monument Brouardel.

Il est décidé que les palmes académiques seront demandées pour MM. Claser, Fléty, Thuillier et Brodhurst.

La Chambre syndicale est invitée à se préoccuper dorénavant, avant d'engager un procès, du chiffre d'honoraires que cela peut entraîner pour l'avocat.

Il est fait renvoi au Conseil de famille de la demande d'admission Crocé-Spinelli.

Acceptation des démissions de MM. Berthoumieu, Heydenhauss et François.

Approbation du projet de budget pour 1909-1910.

Félicitations à M. Francis Jean pour l'activité qu'il a dépensée au Comité de propagande.

MM. Delair, Rollin, Roy, G. Villain sont nommés délégués de l'Association au Congrès de Berlin.

L'Association accepte de faire partie du Comité de propagande pour l'érection d'un monument à Horace Valls, vote une souscription de 250 francs pour cette érection et délègue M. Blatter, Francis Jean, Monnin et Rollin pour faire partie de ce Comité.

Le secrétaire général,
FOUQUES.

Séance du 30 octobre 1909.

Présidence de M. FRANCIS JEAN, président.

La séance est ouverte à 9 h. 1/2.

Sont présents : MM. J. d'Argent, Delair, Drain, Fléty, Fouques, Lalement (Paris), Lemerle, Roy.

Excusés : MM. Blatter, Brodhurst, Dreyfus, Duplan, Godon, Monnin, Rigolet, Rollin, Thuillier, Viau.

Le secrétaire général donne lecture du procès-verbal de la séance du 17 juillet 1909, qui est adopté.

A l'égard des demandes de palmes, M. Delair fait observer qu'il y a lieu de mettre *redemander*, car le Conseil a déjà demandé ces palmes.

M. Delair présente des observations sur les frais relatifs au procès de Bourges.

Un crédit de 100 francs est voté pour la séance de distribution des récompenses, sous forme d'un bon d'instruments à prendre à la Coopérative.

Le secrétaire général lit une lettre du Ministère du Commerce demandant à l'Association de participer à l'Exposition de Bruxelles dans la section des syndicats (1910).

Cette participation au moyen de tableaux, brochures, etc. est décidée.

M. Delair annonce qu'il est chargé par le Comité des expositions à l'étranger d'organiser une exposition dentaire à Bruxelles.

Sur la proposition de *M. J. d'Argent*, M. Delair, qui accepte, est chargé de représenter l'Association à cette exposition dans la section des syndicats et d'organiser l'exposition de l'Association.

Un crédit de 300 francs est voté pour les frais de cette participation.

M. Lalement donne lecture du rapport de la Chambre syndicale.

M. Roy propose de féliciter MM. Delair et Lalement de leur dévouement à la Chambre syndicale et demande qu'un résumé de ce rapport soit publié dans *L'Odontologie* afin de renseigner les sociétaires.

M. Delair appuie la proposition en faisant observer que la Chambre rendrait plus de services qu'elle n'en rend si les sociétaires s'adressaient davantage à elle.

M. d'Argent est partisan de circulaires courtes et d'avis répétés concernant la Chambre syndicale et insérés dans *L'Odontologie*.

La proposition de *M. Roy* est mise aux voix et adoptée.

Il est décidé que le président de la Chambre syndicale sera adjoint à la Commission de revision des statuts.

Le président s'associe aux remerciements et félicitations à adresser à MM. Delair et Lalement, qui sont mises aux voix et adoptées.

Il fait connaître que le Conseil de famille mixte a donné un avis favorable à l'admission de 54 membres nouveaux prononcée depuis le 12 juillet. *(Cette liste a été publiée dans L'Odontologie du 30 novembre 1909.)*

Le secrétaire général communique des demandes de bourse formées par MM. D., P., L.

Le Bureau est chargé d'accorder ou de refuser après enquête à M. L. la 1/2 bourse R. devenue disponible.

Une demi-bourse est accordée à M. P.

Une bourse entière est continuée à M. D.

Le président rend compte que la Commission de revision des statuts tient des réunions fréquentes. En raison de l'étendue et de l'importance du travail, elle a pensé que la revision tout entière ne pourrait être faite par l'assemblée générale de janvier, mais que cette revision pourrait être amorcée dans cette assemblée et continuée dans une assemblée générale spéciale ultérieure ou plusieurs, si besoin est.

Il propose d'envoyer aux membres du Conseil le projet de revision en épreuves 15 jours avant la dernière réunion du Conseil qui précédera l'assemblée générale pour qu'ils puissent l'étudier. Adopté.

Le secrétaire général communique la situation financière trimestrielle arrêtée au 30 juin 1909 et envoyée par le trésorier.

Le président annonce que MM. Richer, Vichot, Rigolet, Rebel et Lefebvre (de Parthenay) ont reçu des distinctions honorifiques du Ministre de l'Instruction publique.

Des félicitations leur ont été ou leur seront adressées par la voie de *L'Odontologie*.

Il donne lecture d'une lettre par laquelle M. Quincerot remercie de la souscription au monument d'Horace Wells.

Il rend compte des Congrès de Lille et de Berlin où l'Ecole et l'Association étaient bien représentées.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le secrétaire général,
G. FOUQUES.